

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**0-5 YAŞINDA İSHALLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN  
İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE  
DAVRANIŞLARI**

**Hazırlayan  
Gülhan TÜRK**

**Danışman  
Prof. Dr. Osman CEYHAN**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak 2015  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**0-5 YAŞINDA İSHALLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN  
İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE  
DAVRANIŞLARI**

**Hazırlayan  
Gülhan TÜRK**

**Danışman  
Prof. Dr. Osman CEYHAN**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak 2015  
KAYSERİ**

## **BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı:Gülhan TÜRK

İmza:

**YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI**

'0-5 Yaşında ishalleri çocuğu olan annelerin ishal konusundaki bilgi, tutum ve davranışları' adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

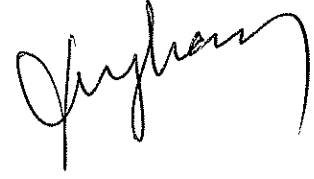
Tezi Hazırlayan

Gülhan TÜRK



Danışman

Prof. Dr. Osman CEYHAN



Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Osman GÜNAY



Prof. Dr. Osman CEYHAN danışmanlığında Gülhan TÜRK tarafından hazırlanan “0-5 Yaşında ishalleri çocuğu olan annelerin ishal konusundaki bilgi, tutum ve davranışları” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

16 /01 / 2015

**JÜRİ:**

Danışman : Prof. Dr. Osman CEYHAN (Halk Sağlığı AD.)

Üye : Prof. Dr. Duran ARSLAN (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.)

Üye : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA (Halk Sağlığı AD.)

**ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ..... tarih ve  
..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... /..... / .....

**Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR**  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűresince her tűrlű bilgi, destek ve katkılarını benimle paylaőan ve bana rehberlik eden değerli danıőman hocam Sayın Prof. Dr. Osman CEYHAN'a, istatistikle ilgili konularda yardımını ve bilgisini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya, çalıőmamda bilgi ve deneyimlerini benimle paylaőan Arő. Gör. Ayőe YÜCESAN'a, katkılarından dolayı Dt. E. Fulya AKKOYUN'a, tez yazım aőamasında yardım eden Hava TÜRK ve Beyhan TÜRK'e, tezimin çevirisinde yardım eden Hande ÖKTEM'e ayrıca çalıőmamın her aőamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen aileme teőekkür ederim.

Gűlhan TÜRK

Kayseri, Ocak 2015

## **0-5 YAŞINDA İSHALLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**Gülhan TÜRK**

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2015**

**Danışman: Prof. Dr. Osman CEYHAN**

### **ÖZET**

Bu çalışma; 14 Kasım 2012'den 30 Temmuz 2013'e kadar, sadece hafta içi olmak üzere Kayseri Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi acil kliniğine ishal nedeniyle başvuran 0-5 yaş grubu 503 çocuk üzerinde yapılmıştır. Çalışmada, ishalleri olan çocukların annelerinin ishale ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması, elde edilecek sonuçlar doğrultusunda anne eğitiminin ve ishali önlemeye yönelik programların geliştirilmesine katkıda bulunulması amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda; annelerin %92.2'sinin çocuklarına anne sütü verdiği, %67.3'ünün ise ilk altı ay boyunca anne sütü verdiği ve anne sütü veren 154 annenin 135'inin çocukları ishal olduğunda anne sütü vermeye devam ettiği belirlenmiştir. Annelerin %25.6'sının çocuğu ishal olduğunda bol sıvı verdiği ve %2.4'ünün ORS verdiği belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğu (%89.5) ishallerin hastalık olduğunu, %48.7'si ishallerin bulaşıcı olduğunu, %78.7'si ishallerin ölüme neden olduğunu, %47.0'si ishal olan çocukların susuz kaldığı için öldüklerini, %66.2'si ORS'nin ne olduğunu bilmedikleri, ORS kullananların %42.4'ü ORS'mi evde kendileri hazırladıklarını ve %49.1'i ishal hakkında bildiklerini çevresindekilerden öğrendiğini ifade etmiştir. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça ishallerin hastalık ve bulaşıcı olduğunu bilen anne sayısının da istatistiksel açıdan anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Yirmi birinci yüzyılda halen ishal nedeniyle çocuk ölümlerinin olması, gerek birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve gerekse medyada eğitim programlarına yer verilmesi ve annelerin ishal konusunda eğitilmesi gerektiğini göstermektedir. Anneler özellikle anne sütü ve ORS kullanımı konusunda bilinçlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** İshal; Anneler; 0-5 yaş; Bilgi; Tutum

**THE MOTHER OF CHILDREN WITH DIARRHEA 0-5 YEARS OLD  
KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS**

**Gülhan TÜRK**

**Erciyes University, School of Health Sciences**

**Department of Public Health**

**M. Sc. Thesis, January 2015**

**Supervisor: Prof. Dr. Osman CEYHAN**

**ABSTRACT**

This research has been done from 14th of October 2012 to 30th of July 2013 only during official working hours of the week on 503 children between 0-5 years old who have referred to the emergency child polyclinic of Kayseri Erciyes University Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Child Hospital because of diarrhea. The aim of this research was to evaluate the knowledge, attitude and behaviours of mothers about diarrhea, to contribute developing preventional programs for diarrhea and mother education according to results of this study. Study results have shown that 92.2% of mothers had breastfed their children, 67.3% of them had breastfed in first six months and 135 of 154 mothers believed in the necessity of breastfeeding during diarrhea. It has been determined that 25.6% of mothers had given plenty of liquids and 2.4% of them had given ORS during the disease. Most of the mothers (89.5%) had stated that diarrhea was a disease, 48.7% of them known that disease was contagious, 78.7% of them known that diarrhea could be fatal, 47% of them known that children who have diarrhea could die due to dehydration, 66.2% of them stated that they did not know what ORS was, 42.4% of them stated that they had prepared ORS at home and 49.1% of them said that they had learnt everything about diarrhea from neighbourhoods. It was determined that most of the university graduated mothers knew that the diarrhea was a disease and contagious. In order to prevent children death because of diarrhea primary health care centers, mothers should be educated about diarrhea and media should be used to improve awareness about breastfeeding and ORS usage should be also improved.

**Key Words:** Diarrhea; Mothers; 0-5 years; Knowledge; Attitudes



## İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
ONAY .....	iv
TEŞEKKÜR .....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER .....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. ÇOCUK SAĞLIĞI .....	3
2.2. ÇOCUKLARDA AKUT İŞHALİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	4
2.3. PATOGENEZ .....	5
2.4. EPİDEMİYOLOJİ.....	7
2.5. ETİYOLOJİ.....	7
2.5.1.Enfeksiyon .....	7
2.5.2Metabolik bozukluklar .....	8
2.5.3.Nütrisyonel nedenler .....	9
2.5.4Antibiyotik etkisi .....	9
2.5.5.Neoplastik hastalıklar .....	9
2.5.6.Psikolojik stres .....	9
2.6. İŞHALDE SEMPTOMLAR VE KLİNİK BULGULAR .....	9
2.7. PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR .....	11
2.8.BİRLİKTE OLAN DİĞER SORUNLAR.....	11
2.8.1.Kanlı İshal.....	11
2.8.2.Uzayan İshal ve Persistan İshal.....	11
2.8.3.Kronik İshal.....	12
2.8.4.Dehidratasyon .....	12
2.8.5.Malnütrisyon .....	13
2.8.6.Ateş.....	14

2.9.İSHALİN TEDAVİSİ .....	14
2.9.1.İlaç tedavisi .....	14
2.9.2.Sıvı Tedavisi .....	15
2.9.2.1.Ağızdan Sıvı Tedavisi .....	16
2.9.2.2.Parenteral Sıvı Tedavisi.....	18
2.9.3.Beslenmenin Erken Başlatılması .....	20
2.10. İSHALDEN KORUNMA .....	22
2.11. DÜNYADA AKUT İSHAL VE DSÖ PROGRAMLARI .....	23
2.12. TÜRKİYE'DE AKUT İSHAL .....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	25
4. BULGULAR .....	27
4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Çocukların Aileleri ve Konutları İle İlgili Bulgular .....	27
4.2. Çocuklar İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular.....	32
4.3. Çocukların Beslenmeleri İle İlgili Bulgular .....	33
4.4. Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgileri İle İlgili Bulgular .....	33
4.5. Çocukların Annelerinin ORS Hakkındaki Bilgileri İle İlgili Bulgular .....	43
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	47
5.1.Çocukların Aileleri ve Konutları İle İlgili Bulguların Tartışması .....	47
5.2. Çocuklarla İlgili Tanımlayıcı Bulguların Tartışması.....	52
5.3. Çocukların Beslenmesi İle İlgili Bulguların Tartışması .....	53
5.4. Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgisi İle İlgili Bulguların Tartışması.....	53
5.5. Çocukların Annelerinin ORS Hakkındaki Bilgileri İle İlgili Bulguların Tartışması.....	57
6.KAYNAKLAR .....	61
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

## KISALTMALAR VE SİMGELER

AST	:Ağızdan sıvı tedavisi
ASYE	:Akut solunum yolu enfeksiyonları
AŞTE	:Ağızdan şeker tuz eriyiği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü (WHO=World Health Organization)
EAEC	:Enteroadheran escherichia coli
EHEC	:Enterohemorajik escherichia coli
EIEC	:Enteroinvazif escherichia coli
EPEC	:Enteropatolojik escherichia coli
ETEC	:Enterotoksijenik escherichia coli
E.Ü	:Erciyes Üniversitesi
IgG	:İmmünglobulin G
İHK	:İshalli Hastalıkların Kontrolü
IV	:İntravenöz
OECD	:Organization for Economic Co-operation and Development =Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
ORS	:Oral rehidratasyon solüsyonları
ORT	:Oral rehidratasyon tedavisi
SB	:Sağlık Bakanlığı
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	:Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
T.C	:Türkiye Cumhuriyeti
TMP-SMX	:Trimetoprim sulfametoksazol
TNSA	:Türkiye Nüfus Sayımı Araştırması
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRK-İŞ	:Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
UNICEF	:United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

5YAÖH :Beş yaş altı ölüm hızı  
₺ :Türk Lirası

## TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 2.1.</b> Gastroenterite neden olan ajanlar .....	8
<b>Tablo 2.2.</b> Dehidratasyonun Değerlendirilmesi ..	10
<b>Tablo 2.3.</b> Oral Rehidratasyon Solüsyonunun Bileşimi .	17
<b>Tablo 4.1.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Çocukların <sup>1</sup> Annelerinin Yaşına Göre Dağılımı .....	27
<b>Tablo 4.2.</b> Çocukların Anne ve Babalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.3.</b> Çocukların Anne ve Babalarının Mesleklerine Göre Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.4.</b> Çocukların Ailelerinin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı .....	29
<b>Tablo 4.5.</b> Çocukların Ailelerinin Aylık Gelirlerine Göre Dağılımı .....	29
<b>Tablo 4.6.</b> Çocukların Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.7.</b> Çocukların Ailelerinin Konut Koşullarına Göre Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.8.</b> Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.9.</b> Çocukların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.10.</b> Çocukların Beslenmesine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.11.</b> Çocukların Annelerinin İshalin Hastalık Olup Olmadığını Bilme Durumu .....	34
<b>Tablo 4.12.</b> Çocukların Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Bulaşıcı Olup Olmadığını Bilme Durumu .....	35
<b>Tablo 4.13.</b> Çocukların Annelerinin İshalin Ölüme Neden Olup Olmadığını Bilme Durumu .....	36
<b>Tablo 4.14.</b> Çocukların Annelerinin İshalin Neden Öldürdüğünü Bilme Durumu .....	38
<b>Tablo 4.15.</b> Çocukların Annelerinin İshalli Çocukları İçin Yaptıkları İlk Uygulamalar .....	38
<b>Tablo 4.16.</b> Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgilerinin Kaynakları İle İlgili Dağılımlar .....	41
<b>Tablo 4.17.</b> Çocukların Annelerinin ORS'nın Ne Olduğunu Bilme Durumu .....	43
<b>Tablo 4.18.</b> Çocukların Annelerinin ORS'nı Elde Etme Durumu .....	44
<b>Tablo 4.19.</b> Çocukların Annelerinin ORS'nı Evde Hazırlama Şeklini Bilme Durumu .....	46

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya nüfusu 21. yüzyılda hızla artmaktadır. Uluslararası ortamda tanınan 194 ülkenin yaklaşık toplam nüfusu 7 milyardır (1). Dünyada 2,2 milyar çocuk yaşamaktadır (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre 31 Aralık 2013 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu 76.667.864'tür. Çocuk yaş grubundaki nüfus 18.849.814 kişidir. Çocuk nüfusu yaş grubuna göre incelendiğinde; 0-4 yaş grubu %32,9, 5-9 yaş grubu %33,3 ve 10-14 yaş grubu %33,8'dir (3).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ=WHO) göre dünyada her gün yaklaşık 18.000 çocuk ölmekte olup, toplamda 2012 yılında beş yaş altı çocuk ölümü 6,6 milyondur. Dünya'da 1970 yılında beş yaş altı ölüm hızı (5YAÖH) 145 iken 2012 yılında 48'e kadar gerilemiştir. Türkiye'de ise 1990 yılında 5YAÖH 74 iken 2012 yılında 14'e gerilemiştir. Türkiye, 2012 yılı beş yaş altı ölüm hızı, dünyada 120. sırada yer almaktadır. 2012 yılı verilerine göre dünyada beş yaş altı ölümlerin %9,5'i ishal nedeniyle olmaktadır (2). Ülkemizde çocuk ölümleri yıllar itibarıyla önemli ölçüde azalmıştır. 2009 yılında meydana gelen bebek ölümü sayısı 17.388 iken bu sayı 2010 yılında 15.049'dur. Bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısı olarak ifade edilen bebek ölüm hızı, 2009 yılında binde 13,9 iken 2010 yılında binde 12,1 ve 2012 yılında binde 11,6'ya düşmüştür (4). Ülkemizde beş yaş altı ölümlerin %2,1'i ishal nedeniyle olmaktadır (5). TÜİK'nun 2012 yılı verilerine göre 0-6 yaş grubundaki çocukların 6 ay içinde geçirdiği hastalıkların başında yüzde 27,9 ile ishal en sık görülen hastalık olmuştur (6).

Tüm verilerin gösterdiği gibi ishal çocuklarda ölümlerin ve hastalıkların temel nedenlerinden biridir. 0-5 yaş grubu çocuk mortalitesi ve morbiditesi ile ilgili bu evrensel problem ancak 1980'lerin başlarında fark edilmiştir. Bunun fark edilmesiyle

1980 yılında DSÖ gelişmekte olan ÷lkelerde ishal mortalite ve morbiditesini azaltmak amacıyla 'İshalli Hastalıkların Kontrolü (İHK) Programı'nı başlatmıştır ve 1993 yılında ağızdan sıvı tedavisi tanımını değiştirmiştir. Yeni tanımlamada çocuğa artan miktarda sıvı ve gerektiği durumlarda şeker-tuz karışımı verilmesi, bunun yanında beslenmenin devam ettirilmesi gerektiğini belirtmiştir (7).

÷lkemizde ishale bağlı 5 yaş altı çocuk ölümlerini önlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından ÷lke genelinde 1986 yılından beri İHK programı yürüt÷lmektedir. Özellikle ishal gör÷lme sıklığında artma olasılığının olduğu yaz günlerinde, ishalden korunma konusunda hijyenin öneminin vurgulanması ve ağızdan sıvı tedavisinin gerekliliğinin anlatılabilmesi amacıyla konunun gündemde tutulması, halkın konuya duyarlı hale getirilmesi için, 23 Mayıs 2003 tarih ve 3277 sayılı genelge ile 1-7 Temmuz arası "İshalli Hastalıkların Önlenmesi ve Ağızdan Sıvı Tedavisi Haftası" olarak kutlanmaktadır (8).

Toplumun ve ailenin sosyok÷ltürel dokusu, çevrenin hijyenik koşulları, sağlık hizmetlerinin sayı ve niteliği ile çocukların sağlık düzeyi arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Anne sağlığı ile çocuk sağlığı arasında da yakın bir ilişki bulunmaktadır. Annenin eğitim düzeyi çocuk sağlığını doğrudan etkileyen etmenlerden en önemlisidir (9).

Bu çalışmada; Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi acil kliniğine başvuran (503) ishalli çocukların annelerinin ishale ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması, elde edilecek sonuçlar doğrultusunda öneriler getirilerek anne eğitimine ve ishali önlemeye yönelik programların yaygınlaştırılmasına katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ÇOCUK SAĞLIĞI

Çocuk sağlığı; çocukların bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde bulunmaları için verilmesi gereken hizmetlerin tamamına denilmektedir (10). Çocuğun yaşamı; döllenmeden itibaren başlayıp, doğum sonucunda dış ortamda devam eder. Fizik büyümenin durduğu 18-21 yaşına kadar ki dönem çocukluk ve gençlik çağı olarak tanımlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde daha çok çocuklar ve doğurgan yaştaki kadınlar toplum içinde sağlık açısından risk altındadır. Bu dönem hastalıkların ve ölümlerin sık olarak rastlandığı çağdır (9).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre çocuk yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı değişmektedir. Doğurganlığın yüksek olduğu ülkelerde, çocuk nüfusun toplam nüfus içindeki payı da yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde 0-4 yaş grubu nüfusu, toplam nüfusun yaklaşık beşte birini; 0-14 yaş grubu ise toplam nüfusun yaklaşık beşte ikisini oluşturmaktadır (9).

Çocuğa ait en önemli risk faktörleri arasında çocuğun yaşı, cinsiyeti, doğum ağırlığı, kaçınıcı çocuk olduğu, konjenital hastalığının olması ve sistemik hastalığının bulunması sayılmaktadır (9).

Çocuklar çevresel etkilere karşı yetişkinlere göre daha duyarlıdır. Olumsuz çevre koşulları, yoksulluk, savaşlar, aşırı nüfus artışı, göçler, depresyon ve su baskını gibi doğal afetler çocuklara yetişkinlerden daha fazla zarar vermektedir. Ekonomi, sağlık, beslenme, eğitim, tarım vb. alanlardaki hükümet politikaları çocuk sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir (11).



Bebek ve çocuklarla ilgili sağlık düzeyi ölçütleri, genelde yaşam koşullarının, özelde ise sağlık koşullarının önemli bir göstergesidir. Bu nedenle bir toplumunun gelişmişlik düzeyi değerlendirilirken kullanılan ölçütlerden biride bebek ve çocuk ölümleridir. Bebek ölüm hızı toplumun genel sağlık durumunu; 0-4 yaş çocuk ölüm oranı ise çocukların refah düzeyini, sağlık hizmetlerinin etkinliği ile bunların değişimini ölçmeye yarayan ölçütlerdir (12).

Dünyada 0-4 yaş arası çocuk ölümlerinin nedenleri arasında; perinatal nedenler (asfiksi, doğum travması, prematürite, konjenital anomaliler, sepsis, neonatal pnömoni ve menenjit), ishaller hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları (büyük kısmını pnömoniler oluşturur), kızamık, neonatal tetanoz, boğmaca, sıtma, tüberküloz ve kazalar gelmektedir. Beş yaş altı çocuklarda sık görülen ve milyonlarca çocuğun ölümüne neden olan ya da sağlıklarını bozan akut solunum yolu enfeksiyonları, kızamık, boğmaca ve ishaller hastalıklarla beslenme bozuklukları arasında kısır bir döngü vardır (12).

## **2.2. ÇOCUKLARDA AKUT İSHALİN TANIMI VE ÖNEMİ**

İshal, dışkının kıvamında bozulma ve hızla boşaltılması olarak tanımlanmaktadır. İshal kısaca dışkılamada anormallik olarak da tanımlanabilir. Ancak kişilerin dışkılama özellikleri arasında fark olduğu için standart bir tanım yapmak oldukça zordur (13). Günlük dışkılama sayısı kişiden kişiye ve beslenme şekline göre değişmekle birlikte ishal, dışkının normalden daha sulu ve günde 3 defadan daha sık yapılmasıdır (14). Ancak normal kıvamdaki dışkılama ishal tanımlamasına girmezken özellikle anne sütü ile beslenen bebekler normalden fazla sayıda ve gevşek dışkı yapabilirler. Yenidoğan döneminde ortalama 3-5 kez dışkılama, kıvamı normal olmak koşulu ile ishal olarak değerlendirilmemektedir (14). Genel olarak ishali tanımlarken; dışkılamanın sayısı, ağırlığı ve kıvamı öne çıkarılarak tanımlar yapılmaktadır. Normal dışkılama günde üç kez ile üç gün de bir arasında değişir ve ağırlığı 100-200 gram arasında değişirken normal dışkı kıvamlı ve şekillidir. Bu bilgilerden yola çıkarak ishal; günde üçten fazla dışkılama, sıvı kıvamlı dışkılama veya 200 gramdan fazla dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Daha çok yapılan tanımları sayı ve miktarı ne olursa olsun konulduğu kabın şeklini alan dışkılamada denebilir (13). En yaygın tanımları ise; bağırsakta peristaltik hareketlerin artması, emilimin azalması ve/veya sekresyonun artması sonucu

dışkı miktarının fazlalaşması ile günlük dışkı sayısının artması ve dışkı kıvamının bozularak yumuşak sulu bir görünüm alması olarak yapılmaktadır (9,15).

DSÖ'ne göre ishal, 24 saat içinde üç ya da daha sık sulu dışkı yapılması olarak tanımlanırsa da ishalin kesin tanımı bebeklerde 10 gr/kg/gün, büyük çocuklarda 200 gr/günden fazla dışkı çıkarılmasıdır (15). Dışkılama sayısı sağlıklı insanlarda günde üç kereden haftada üç kereye kadar değişiklik gösterebildiği için değerlendirme yapılırken kişinin bağırsak alışkanlığı da dikkate alınmalıdır (16).

İshal (diyare), birçok hastalığın seyri sırasında rastlanan bir durumdur. Enterit ise; ishal, karın ağrısı, kramp, bazen ateş ve dehidratasyonun olduğu bir hastalık tablosudur ve bu tabloya ek olarak kusma da varsa gastroenterit denir (17). Gastroenterit çoğu zaman herhangi bir özelliği olmayan, kesinlik taşımayan ya da bilinmeyen bir etyolojinin söz konusu olduğu anlamına da gelmektedir. Bununla birlikte yapılan klinik tanımlamada bilinen bazı bakteri, virus, parazit etkenler veya toksik bir etyoloji söz konusu olabilmektedir (18).

İshal süresine göre akut ve kronik olarak sınıflandırılmaktadır. Bir aydan kısa süren ishaller akut, uzun süren ishaller ise kronik denilmektedir. Farklı bir sınıflamaya göre ise ishal üç sınıfa ayrılmaktadır. Buna göre de iki haftadan kısa sürenlere akut, iki ile dört hafta arasında sürenlere persistan, dört haftadan uzun süren ishale de kronik denilmektedir. Akut ishallerin %90'dan fazlasının oluşumunda enfeksiyon ajanları sorumludur. Persistan ishallerin en sık nedeni giardiya lamblia'dır. Kronik ishaller ise çoğu zaman noninfeksiyöz nedenlerden dolayı oluşmaktadır (19).

### **2.3. PATOGENEZ**

İshal birçok mekanizma ile oluşmaktadır. Genel olarak ishalin oluşmasının en sık nedenleri sıvı, iyonlar ve suyun yetersiz emilimi veya elektrolitlerin bağırsağa anormal sekresyonudur. İshalin oluşum mekanizmasını beş gruba ayrılmaktadır:

- a) Sekretuar ishaller
- b) Osmotik ishaller
- c) Motilite bozukluğuna bağlı ishaller
- d) Eksudative ishaller
- e) Azalmış emilim yüzeyine bağlı ishaller (13,18)

**a)Sekretuvar İshaller:** İnce ve kalın bağırsaklar normalde yenen besin maddelerindeki tuzları ve suyu, ayrıca sindirim sistemi salgıları olarak lümenlerine ulaşan yine bu çeşit tuzları ve suyu emer. İnce ve kalın bağırsaklar absorbe ettiklerinden daha çok miktarda elektrolit ve su salgıladığı takdirde, ishal meydana gelebilir. Bağırsakların böyle davranmasına yol açabilen başlıca nedenler; kolera'daki gibi bakteri toksinleri, ileum rezeksiyonu sonrasında görüldüğü gibi safra tuzları, besinlerde bulunan ancak emilmemiş yağ, müshiller, hint yağı ve kalsitonin gibi bazı hormonlardır (18).

**b)Osmotik İshaller:** Bağırsak lümeninde osmotik aktif maddelerin emilememesi sonucu bağırsağa su ve tuz çekilmesi sonucu osmotik ishaller oluşur. Laktaz noksanlığına bağlı laktoz'a karşı tahammülsüzlük durumuyla, diğer şekerlere karşı olan tahammülsüzlük durumlarında; ayrıca hastaya laksatif olarak magnezyum sülfat, sodyum fosfatlar gibi pek az emilen maddeler verildiğinde osmotik ishal meydana gelir. Osmotik ishalde hastalar bu maddeleri almadıklarında veya aç olduklarında ishal kesilir (18).

**c) Motilite Bozukluğuna Bağlı İshal:** Motilitenin artması veya azalması sonucunda ishal meydana gelir. Motilitenin artması durumunda gıdaların lümenle temas süresi azalır ve yeterli emilim olmazsa ishal meydana gelir. Motilitenin azalması durumunda ise ince bağırsakta aşırı bakteriyel gelişim olur. Bakterilerin safra asidlerini dekonjuge etmesi sonucunda gaitaya yağ atılımı olur ve ishal meydana gelir (13,18).

**d) Eksudative İshaller:** Mukozadaki iltihap, ülserleşme ve şişkinlik; plazmanın, serum proteinlerinin, kanın ve mukusun bağırsak lümenine dolmasına yol açarak gaita kütesinin akıcılığını artırır. Kan, mukus ve serum proteinlerinin atılımı olur. Mukozal hasar sonucu absorpsiyon engellenir, bağırsağa sekresyon artışı olur ve bunun sonucunda ishal meydana gelir (18).

**e) Azalmış Emilim Yüzeyine Bağlı İshaller:** Emilimin normal olarak cereyan edebilmesi için kimus'un; yeterli bir mide-barsak kanalı yüzeyine, yeterli bir zaman boyunca temas etmesi gerekir. Bağırsak rezeksiyonları sonucunda emilim yüzeyi azaldığı için gıdaların bağırsaktan geçiş süresi de kısalmır. Bu durumda yeterli emilim olmaz ve ishal meydana gelir (18).

## 2.4. EPİDEMİYOLOJİ

İshalli hastalıkların görülme sıklığı; yere, zamana, kişiye ve çevreye özgü değişiklikler göstermektedir (20). Akut enfeksiyöz ishallerin bulaşıcılığı her zaman yüksektir. Bulaşma fekal-oral yolla olmaktadır (15,17). İnfeksiyöz ishallerde etken mikroorganizma genellikle su ve besinlerle bulaşır; bazen birden fazla hatta çok sayıda insan aynı kaynaktan dolayı hastalanmaktadır (16).

İshal olma riski her yaş grubu için söz konusudur. Ancak ülkemizde ishal; 6-11 aylık çocuklarda, eğitim düzeyi düşük olan annelerin çocuklarında, kırsal kesimde yaşayanlarda, batıdan doğuya gidildikçe ve doğum sayısı arttıkça daha sık görülmektedir. Ülkemizde çocukların dörtte biri bir yıl içinde herhangi bir zamanda ishal olmaktadır. Akut ishal her iki cinste de görülmektedir (17).

İshalli hastalıklar tropikal bölgelerde tüm yıl boyunca görülürken subtropikal bölgelerde ise mevsimsel dağılım göstermektedir. İshalli hastalıklar özellikle havaların ısındığı temmuz ve ağustos aylarında pik yapmaktadır. Okulların açıldığı eylül ve ekim aylarında da hafif bir yükselme görülmektedir (17).

Kişiye özgü değişiklikler arasında yeterli anne sütü ile beslenememe, düşük doğum ağırlığı, malnütrisyon, yaşamın ilk yıllarında olma, immün yetmezlik, yeterli bağışıklama yapılmaması, çiftlik hayvanları ile temas önemli risk faktörleridir (20). Anne sütü çocuğun ağızına doğrudan verildiği için mikroorganizmalarla bulaşma olasılığı azalmaktadır. Ayrıca anne sütü içinde alerjik madde (Beta-Laktoglobülin) olmadığından inek sütü alan bebeklerde görülen alerjik ishaller olmamaktadır (17,21). Sağlıklı içme suyu temin edilememesi, dışkı ve idrarın sağlıklı olarak uzaklaştırılmaması, yerel hijyen koşullarının iyi olmaması çevreye özgü risk faktörleri arasında sayılmaktadır (20).

## 2.5. ETİYOLOJİ

Akut ishallerin nedenleri genel olarak; enfeksiyon, metabolik bozukluklar, nütrisyonel nedenler, antibiyotik etkisi, neoplastik hastalıklar ve psikolojik stresdir (15).

### 2.5.1.Enfeksiyon

Ülkemizde ishale yol açan nedenlerin başında enfeksiyonlar gelmektedir. Çevre koşullarının ve kişisel hijyenin iyi olmaması ishallerin oluşumunu kolaylaştırmaktadır (15,22,23). Akut enfeksiyöz ishallerde başta virüsler, daha sonra bakteri ve parazitler,

daha az oranda ise mantarlar neden olmaktadır (15). Akut ishal yapan virüslerin içinde en sık rastlanılan rotavirüs etkenidir. Gelişmekte olan ülkelerde 0-2 yaş arası çocuklarda akut ishallerin yaklaşık %50'si Rotaviruslar, %25'i enterotoksijenik escherichia coli (ETEC), %10'u Salmonella ve %5'i Shigella nedeniyle oluşmaktadır. Süt çocuklarının ishallerinde en çok Enterotoksijenik E. Coli (ETEC), Camylobacter jejuni ve Shigella gibi bakteriyel ajanlarına daha sık rastlanmaktadır. Vibrio cholerea 01 bakteriyel ajanı ilk 2 yaşta nadir olmakla birlikte her yaşta ishale neden olmaktadır. Paraziter ajanlar daha çok subakut ve kronik ishale yol açmakla birlikte özellikle Giardia Lamblia küçük çocuklarda akut ishale neden olan en yaygın parazittir (15). Gastroenterit yapan ajanlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 2.1).

**Tablo 2.1.** Gastroenterite neden olan ajanlar (15)

<b>Bakteriler:</b>				
Salmonella	Shigella	E. coli	C. jejuni	
S.aureus	Cl. Perfringens	Cl. difficile	V. Cholerae	
Aeromonas	V.parahemoliticus	Plesiomonas	Y. enterocolitica	Cl.cereus
<b>Virüsler:</b>				
Rota v.	Norwalk v.	Astro v.	Corona v.	
Calici v.	Enterik adeno v.			
<b>Parazitler:</b>				
E. Histolitica	G. Lamblia	Enterocytozoon bieneus		
İsospora belli	Cryptosporidium	Strongyloides stercoralis		
Cyclospora türleri				
<b>Helmintler:</b>				
Askariyazis	Enterobiyazis			
<b>Mikozlar:</b>				
C. Albicans				

### 2.5.2Metabolik bozukluklar (15)

Çölyak

Familyal klorür diyaresi

Disakkaridaz yetersizliği

### 2.5.3.Nütrisyonel nedenler (15)

Hiperosmolar süt formülleri  
İnek sütü proteinine intolerans

### 2.5.4Antibiyotik etkisi (15)

### 2.5.5.Neoplastik hastalıklar (15)

Ganglionöroma

Lenfoma

### 2.5.6.Psikolojik stres (15)

## 2.6. İSHALDE SEMPTOMLAR VE KLİNİK BULGULAR

Akut ishalde klinik bulgular; etiyojiye, enfeksiyon ajanlarının bağırsaktaki yerleşim yerine, ishalin ağırlık derecesine ve süresine göre değişiklik göstermektedir (15).

Öyküde; ishalin devam süresi, şekli, kusma, ateş, çocuğun 24 saatte su ve besin alımı, son idrar yapma zamanı ve idrar miktarına ilişkin bilgilerin sorgulanması gerekmektedir. İshalli çocuğun öz ve soy geçmişinde daha önce ishal olup olmadığı, etrafta ishalli kişi veya hayvanın bulunup bulunmadığı sorulmalı ve çevre sağlığına (kullanılan su, tuvalet, vb.) ilişkin bilgilerin sorulması da önemlidir (15).

Muayenede öncelikle genel durum (huzursuzluk, dalgınlık, konvülsiyon, susuzluk hissi, emip emmemesi, kusma, vb) değerlendirilmelidir. Aynı zamanda ateş, solunum hızı ve derinliği, nabzın hızı ve dolgunluğunun yanı sıra kan basıncı, deri turgoru ve tonusu, ön fontanel (açıksa) ve göz kürelerinin çöküklüğü, ağız mukozasının kuruluğu ve gözyaşının olup olmaması da değerlendirilmelidir. Ayrıca karında şişlik, bağırsak sesleri, karın ağrısı varsa yeri ve şekli, idrarın miktarı ve rengi de dikkate alınmalıdır. Konvülsiyon, huzursuzluk ve dalgınlık gibi santral sinir sistemine ait semptomları olan ishalli hastalarda, Salmonella ve özellikle Shigella enfeksiyonu ya da elektrolit bozuklukları (hipernatremi, hipokalsemi) gibi durumlar olabileceği düşünülmelidir (15). Dışkı miktarı, kıvamı, kan ve mukus içerip içermediği, pürülan olup olmadığı dikkate alınmalıdır (16).

Hafif ishal olgularında günde 3-4 kez sulu dışkı olur. Kusma olabilir veya olmayabilir, ateş normal veya yüksek olabilir. Akut dehidratasyonun belirgin klinik bulguları yoktur. İshalin yol açtığı sıvı kaybı vücut ağırlığının %2.5'in altındadır (15).

Orta ağırlıktaki ishalde dışkılama günde 4-10 kez olur. Kusma genellikle olur. Ateş normal veya yüksek olabilir. Klinik olarak deri, mukoza kuruluğu, turgor azalması, fontanel çökmesi gibi belirgin dehidratasyon bulguları vardır. Nabızlar palpabl ve hızlı olur. İshalin yol açtığı ağırlık kaybı, vücut ağırlığının %2.5 ile %10 arasındadır (15).

Ağır ishalde günde 10'dan fazla sulu dışkı olurken çok sayıda kusmada görülür. Ateş normal veya yüksek olur. Vücuttan önemli miktarda su, sodyum, potasyum ve bikarbonat kayıpları olduğu için dehidratasyon, hipopotasemi bulguları ve asidoz gelişir. Klinik olarak belirgin dehidratasyon bulguları vardır. Nabızlar filiformdur veya alınamaz ayrıca arteriyel kan basıncı da düşüktür veya hiç alınamaz. İdrar miktarı çok az veya yoktur. Bu durumda şuur bulanık veya kapalıdır. Su ve tuz kayıplarının çok fazla olduğu böyle olgularda şok tablosu gelişir. Ağırlık kaybı vücut ağırlığının %10'undan fazla olur (15). Tablo 2.2'de hafif, orta ve ağır dehidratasyonda klinik bulgular özetlenmiştir.

**Tablo 2.2.** Dehidratasyonun Değerlendirilmesi (DSÖ) (15)

<b>Belirtiler</b>	<b>Hafif dehidratasyon</b>	<b>Orta dehidratasyon</b>	<b>Ağır dehidratasyon</b>
<b>Genel durum</b>	İyi,şuur açık, susuzluk hissi	Şuur açık, letarjik veya huzursuz, susuzluk hissi	Şuur yarı kapalı, kapalı, bazen açık. Ekstremiteler soğuk, siyanotik, hipotonik. Bazen kasılmalar.
<b>Nabız</b>	Normal	Hızlı, derin (bazen)	Hızlı, zayıf, bazen alınmaz
<b>Solunum</b>	Normal	Hızlı	Hızlı, derin, veya yüzeysel
<b>Ön fontanel</b>	Normal	Çökük	Çok çökük
<b>Sistolik TA</b>	Normal	Normal	<80mmHg, bazen alınmaz
<b>Deri elastikiyeti (turgor)</b>	Normal	Hafif azalmış	Çok azalmış
<b>Gözler</b>	Normal	Çökük	Çok çökük
<b>Gözyaşı</b>	Normal	Azalmış	Yok
<b>Mukoza</b>	Nemli	Kuru	Çok kuru
<b>İdrar</b>	Normal	Azalmış	Çok az veya anüri

## **2.7. PROGNOZ VE KOMPLİKASYONLAR**

Akut ishal 2-7 gün sürer. Uygun tedavi ile ishal her zaman tam şifa ile sonuçlanmaktadır. Sistemik bir enfeksiyonun veya malnütrisyonun olması, mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir. Üç aylıktan küçük bebekler riskli grup arasındadır (15).

Akut ishalin başlıca komplikasyonları laktoz intoleransı oluşması, enfeksiyonun kronikleşmesi ile ishalin uzaması ve var olan malnütrisyon tablosunun ağırlaşmasıdır (15,23).

Ağır ishallerde asidoz oluşur. Dışkı ile bikarbonat kaybının olması, bağırsakta karbonhidratların tam parçalanamamasından dolayı organik asitlerin oluşması ve açlık nedeniyle katabolizma ürünleri olan asitlerin birikmesi sonucu asidoz gelişmektedir (15).

Viral gastroenterit olan küçük bebeklerde kusma ve ishal sonucu ağır dehidratasyon görülür. Rotavirüs enfeksiyonları genellikle kendiliğinden iyileşmektedir. Bu olgularda nadiren vajinasyon, gastrointestinal kanama, Reye sendromu, ensefalit, aseptik menenjit, hemolitik üremik sendrom, Kawaski sendromu, ani bebek ölümü, akut otitis media ve eksantema subitum bildirilmiştir. İmmun yetmezliği olanlarda kronik rotavirüs enfeksiyonları görülme olasılığı vardır (15,16).

Basili dizanteri olan çocuklarda dehidratasyon ve hipovolemik şok daha sık görülmektedir. Çok sık dışkılama nedeniyle rektal prolapsus, rektoskopi sırasında perforasyon, malnütrisyonlu ve küçük çocuklarda görülen hemolitik üremik sendrom, Shigella enfeksiyonunu takiben gelişen etyolojik ilişkileri tartışmalı olan artrit ve Reiter sendromu basilli dizanterinin diğer komplikasyonlarıdır (16).

## **2.8.BİRLİKTE OLAN DİĞER SORUNLAR**

### **2.8.1.Kanlı İshal**

Kanlı ishal genellikle Shigella dizanterisi nedeniyle görülmektedir. Ateş de yüksektir. E. histolytica enfeksiyonundan dolayı da kanlı ishal olur (15).

### **2.8.2.Uzayan İshal ve Persistan İshal**

Süresi yedi günü aşan ishal ‘uzayan ishal’ ve 14 günü aşan ishal ise ‘persistan ishal’ olarak tanımlanmaktadır. Üç aylıktan küçük olması, doğumdan itibaren suni beslenmesi, malnütrisyon, yakın zamanda veya halen geçirdiği akut bir hastalığın



(kızamık vb.) olması, geçirilmiş uzayan ishal öyküsünün olması, uygun olmayan diyet yapması ve ilaç tedavisi alması gibi faktörler çocuklarda uzayan ishal görülme riskini artırmaktadır. Pankreasın sindirim enzimlerindeki yetersizlik malabsorbsiyona ve uzayan ishale neden olmaktadır. Uzayan ishal oluşumunda rol oynayan diğer faktörler ise; mide asiditesi, mide boşalma zamanı, bağırsak motilitesi, immünolojik durum, bağırsağın hücresel bütünlüğü, müninler veya glükoproteinlerdeki değişikliklerdir (15).

Uzayan ishallerin bir bölümünde neden bulunamamaktadır. Bilinen uzayan ishal nedenleri arasında uzayan enfeksiyonlar ilk sırada gelir. Karbonhidrat (glukoz, laktoz, sükroz) malabsorbsiyonu, proteine (hayvansal veya soya) tahammülsüzlük, uzayan intestinal enfeksiyon diğer nedenler arasında gösterilmektedir. Tüm enteropatojenler, sıklıkla Shigella, E. coli ve G. İntestinalis uzayan ishale neden olur (15).

### **2.8.3.Kronik İshal**

Özellikle ilk yaşlarda kronik ishaller genellikle akut bir başlangıç gösterir. Akut başlayan bir ishalin 14 günden fazla sürmesi genellikle kronikleşme olarak kabul edilmektedir. Akut ishal geçiren bazı çocuklarda dışkılarının normale dönmesi için yaklaşık dört haftalık bir sürenin geçmesi gerekir. Bundan dolayı birçok yazar kronik ishali dört haftadan uzun süren ishal olarak tanımlamaktadır (15).

Kronik ishal nedenleri çok çeşitlidir. Olguların birçoğunda sindirim ve emilim işlevlerindeki bozukluk sonucu ishal gelişir. Bu tür ishallerde etiyoloji farklı da olsa, her zaman büyüme-gelişme geriliği, ağırlık kaybı, karın şişliği, kaslarda erime, miktarca fazla, soluk renkli ve kötü kokulu dışkı, sekonder vitamin eksikliği bulgularından oluşan bir klinik tablo görülmektedir. Sindirim veya emilim işlevlerinde bozukluk ile birlikte olan kronik ishaller malabsorbsiyon hastalıkları, malabsorbsiyon sendromları veya Çölyak sendromu olarak tanımlanmaktadır. Bazı yazarlar malabsorbsiyon hastalıkları terimini kronik ishal ile eş anlamda kullanmaktadır (15).

### **2.8.4.Dehidratasyon**

Dehidratasyon, vücuttaki su ve elektrolit azalmasını ifade eden bir terimdir. Dehidratasyondan intravasküler, interstisyel ve intrasellüler sıvı kompartmanları etkilenir. Dehidratasyon ve asidoz durumlarında vücudun tüm kompartmanları bu değişimden etkilenmektedir (24).

Akut dehidratasyonda su ve elektrolit kayıpları nedeniyle; vücut sıvısının volümünde, osmolalitesinde, asit-baz dengesinde, potasyum ve kalsiyum içeriğinde değişiklikler olur. Bu değişiklikler belirli bir düzeye ulaştığında tüm organlara zarar verirken beyin ve böbrekte ise işlevsel değişiklikler oluşur (24).

Organizmada azalan su ve tuz miktarlarının oranına göre üç tip dehidratasyon vardır;

- Hipertonik(hipernatremik) dehidratasyon
- Hipotonik (hiponatremik) dehidratasyon
- İzotonik (izonatremik) dehidratasyon

Çocuklarda en sık görülen dehidratasyon tipi izotonik dehidratasyondur. Süt çocukları akut ishal olduklarında genellikle izotonik dehidratasyon gelişir. İzotonik dehidratasyonda su ve tuz kaybı vücut sıvılarında bulunan su ve tuz miktarıyla aynı olduğundan hücre dışı sıvıda osmolalite değişimi olmaz. Bu durumdan dolayı hücreden dışarıya veya dışarıdan hücre içine su geçişi olmaz. Belirgin klinik ve laboratuvar bulguları dehidratasyonun geç bulgularıdır. Erken dönemde görülen klinik ve laboratuvar bulguları genellikle normaldir. İshalin erken döneminde hastaya ağızdan glukoz-elektrolit solüsyonları verilirse dehidratasyonun ölüme yol açabilen ağır dereceleri önlenebilir. Şişman ve zayıf çocuklarda, klinik bulgular ile dehidratasyonun saptanması güç ve aldatıcı olabilir. Ağır akut dehidratasyonda, plazma volümünde belirgin azalma olduğunda şok tablosu gelişebilir. Ayrıca ağır dehidratasyonda yaşamı tehdit eden diğer bir olumsuz sonuç da metabolik asidozun gelişmesidir. Ağır dehidratsyonda çocuğun yaşına, dehidratasyon nedenine, patolojik kayıpların niteliğine, ağızdan alınan sıvının yapısına ve böbreklerin fonksiyon durumuna bağlı olarak, elektrolit metabolizmasına ilişkin ve özellikle sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum iyonlarında değişimler ve bu değişimle ilgili belirtiler de tabloya eklenebilir (24).

### **2.8.5.Malnütrisyon**

Ağır malnütrisyonunda, bağırsağın histolojik yapısında ve bağışıklık sisteminde bozukluklar olmaktadır. Glukoz, laktoz ve sükrozun sindirim ve emilimini sağlayan bağırsak enzimlerinin aktivitesinde kısmi azalma olmaktadır. Beslenmesi kötü olan çocuklarda invazif tipte mikroorganizmalarla oluşan ishalde bağırsak mukoza hasarı diğer çocuklara kıyasla daha ağır olur ve emilim daha fazla bozulmaktadır.

Malnütrisyon enfeksiyonlara karşı direnci azaltmaktadır. Bu durumda enfeksiyon sık görülür, ağır seyreder ve uzun sürmektedir. Malnütrisyon; ishal epizodlarının tekrarlamasına ve uzun sürmesine, bağırsağın emilim işlevinin bozulmasına, malabsorbsiyona neden olmaktadır. Ateş, iştahsızlık ve besin kısıtlaması malnütrisyonun olumsuz etkilerini arttırmaktadır. Çocuğun beslenme durumu bozulursa mevcut malnütrisyon daha da ağırlaşır. Bu olaylar kısır döngü halini alır. Malnütrisyonu olan bir çocukta gelişen ishal, su-elektrolit dengesinin daha çabuk bozulmasına neden olmaktadır (25).

### **2.8.6.Ateş**

İshal olan bir çocukta ateş (38,5°C 'nin üstünde) bağırsak enfeksiyonuna bağlı olabileceği gibi başka bir enfeksiyon (örneğin; üst solunum yolu enfeksiyonu, akciğer enfeksiyonu, üriner enfeksiyon) nedeniyle de olabilir. Bu yüzden hastalık şikâyetleri ve belirtileri araştırılır. İshal dışında bir enfeksiyon olasılığı varsa veya ateş 1-2 günden uzun sürerse tedavi için klinik bir ortamda tedavi önerilir (25).

## **2.9.İSHALİN TEDAVİSİ**

Akut ishal tedavisi, özel durumlar dışında üç başlık altında incelenmektedir (15):

- İlaç tedavisi
- Sıvı tedavisi

Ağızdan sıvı tedavisi

Parenteral sıvı tedavisi

- Beslenmenin erken başlatılması

### **2.9.1.İlaç tedavisi**

İshal tedavisinde antibiyotik kullanımı genellikle etkisiz ve gereksizdir. Ancak belirli durumlarda ve bazı enterik patojenlerle oluşan ishallerde antimikrobiyal tedavi başlanmaktadır. Dışkıda kan, mukus ve iltihap hücrelerinin olması veya ishalin yedi günde düzelmemesi durumlarında dışkı kültürleri ile etiyoloji saptanır ve gerekiyorsa etkili antibiyotik tedavisine başlanabilir. Antibiyotik nedeniyle ishal olanlarda ise sorumlu antibiyotik kesilmelidir. Diğer ishallerde de nedene yönelik tedavi uygulanmalıdır (15).

Ateşin olduğu ishallerde sistemik bir enfeksiyon da varsa uygun antibiyotik tedavisi uygulanır. Sistemik enfeksiyon belirtileri saptanmayan olgularda antipiretik tedavi (ateş düşürücü ilaçlar, ateş çok yüksekse mekanik soğutma) yeterlidir. Ancak ateşli ishali olan ağır malnütrisyonlu üç aylıktan küçük bebeklerin muayenede sistemik enfeksiyon bulgusu olmasa da geniş spektrumlu antibiyotik başlanması önerilmektedir (15).

Shigella enteritinde ampisilin veya trimethoprim-sulfametoksazol oral veya parenteral yolla verilir (15).

Salmonella gastroenteritinde antibiyotik tedavisi gerekmez. Antibiyotik kullanılması durumunda klinik tablo değişmez, buna karşın salmonella taşıyıcılık riski artar. Ancak hasta üç aylıktan küçükse veya sepsis, persistan bakteriyemi, malnütrisyon, immünoşüpresyon, süpüratif fokal metastaz gibi ek bulgular varsa antibiyotik tedavisi kullanılır. Bu durumdaki çocuklarda ampisilin, amoksisilin, kloramfenikol, trimethoprim-sulfametoksazol kullanılır. Etken olarak C.jejuni saptanmışsa eritromisin verilir. G. Lamblia enfeksiyonunda furazolindon, kinakrin hidroklorid veya metronidazole verilir (15).

Etkeni E. coli olan ishallerde antibiyotik tedavisi tartışmalıdır. Enteretoksijenik E. coli ile olan ishal kısa sürede herhangi bir tedavi gereksizdir iyileşir (15).

Diphenoxylate, morfin, kodein gibi barsak hareketlerini azaltan preparatlar tehlikelidir ve çocuklarda ishal tedavisinde kullanılmamalıdır (15).

### **2.9.2.Sıvı Tedavisi**

Akut ishal tedavi edilmezse, akut dehidratasyona ve özellikle küçük çocuklarda ölüme neden olabilir. İshalde temel tedavi etyolojiye bakılmadan sıvı ve elektrolit kaybının yerine konmasıdır. İshalin erken döneminde sıvı tedavisine başlanırsa dehidratasyon henüz oluşmadan önlenir. İshal tedavisinde ana hedef vücuttan kaybedilen su ve tuzların yerine konulması ile dehidratasyonun düzeltilmesi ve ishal devam ettiği sürece su ve tuz kayıplarının karşılanmasıdır (23).

Özel durumlar dışında (sistemik enfeksiyon varlığı, aşırı karın gerginliği) dehidratasyon henüz gelişmemiş veya hafif-orta dehidratasyon gösteren ishal olgularının tümünde sıvının oral yolla verilmesi önerilmektedir. Rehidratasyonun parenteral yolla yapılması

gereken durumlarda ise sıvı tedavisi IV (intravenöz) olarak başlatılır. Bu çerçevede ishale bağlı gelişen dehidratasyonda sıvı tedavisi uygulamasındaki ilkeler şunlardır;

- 1.Rehidratasyon evresi: Mevcut kayıpları yerine koymak (defisit tedavisi)
- 2.İdame evresi: Süregelen patolojik ve normal kayıpları karşılamak (15).

### **2.9.2.1.Ağızdan Sıvı Tedavisi**

Ağızdan sıvı tedavisi (ağız yoluyla sıvı tedavisi-AST) uygun bileşimdeki bir solüsyonun hastaya içirilerek veya buna engel bir durum varsa nazogastrik tüp ile verilerek uygulandığı bir sıvı tedavisi yöntemidir (23).

AST 1960'lı yıllarda ince bağırsak mukozasında sodyum ve glukoz transportunun birbiriyle ilişkili olduğunun ve glukoz etkisiyle bağırsaktan sodyum emiliminin arttığına anlaşılmaya başlanmıştır. AST'nin gelişmekte olan ülkelerde; ishal mortalite hızını, hastaneye yatırılma oranını, IV sıvı tedavisi sıklığını ve süresini, ishale bağlı malnütrisyon gelişme olasılığını azalttığı gözlenmiştir (7).

Oral yolla verilen solüsyonların bileşimi DSÖ'nün önerdiği şu özellikleri taşımaktadır;

1. Sıvının glukoz konsantrasyonu 20-30 g/l olmalıdır.
2. Solüsyonda sodyum konsantrasyonu plazmaninkine yakın olmalıdır.
3. Sodyumun glukoz oranı 1:1 ile 1:4 arasında olmalıdır.
4. Solüsyonda potasyum konsantrasyonu 20 mmol/l olmalıdır.
5. Sitrat konsantrasyonunun 10 mmol/l ya da bunun yerine bikarbonatın 30 mmol/l olması asidozu düzeltmek için yeterlidir (7).

DSÖ'nün önerdiği özelliklere uygun olarak hazırlanan ve Türkiye'de de yaygın olarak kullanılan ORS paketlerinin ve bunlardan hazırlanan solüsyonun bileşimleri Tablo 2.3'te verilmiştir (15).

**Tablo 2.3.** Oral Rehidratasyon Solüsyonunun Bileşimi (DSÖ) (15,23,7)

<b>1 litre suda eritilecek madde</b>		<b>Hazırlanmış solüsyonun bileşimi</b>	
Sodyum klorür	3.5g	Glukoz	111mmol/l
Trisodyum sitrat anhide	2.9g	Sodyum	90mmol/l
Potasyum klorür	1.5g	Potasyum	20mmol/l
Glukoz	20.0g	Klorür	80mmol/l
		Sitrat	10mmol/l
		<b>Toplam</b>	<b>311mmol/l</b>
<b>Evde Hazırlanan Basit Şeker-Tuz Karışımı</b>			
1lt kaynatılmış ılıtılmış su			
1 çay kaşığı yemeklik karbonat			
1 çay kaşığı tuz			
8 tatlı kaşığı şeker			

Ülkemizde ORS paketleri Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından, sağlık kuruluşlarının kullanması ve dağıtması için hazırlanmaktadır. Ayrıca ORS paketlerinin ticari preparatları da vardır (23).

ORS paketleri bir litre kaynatılmış suyun içinde eritilerek solüsyon şekline getirilir. Hazırlanan solüsyon çocuğa ılık veya soğuk olarak içirilir. Hazırlanmış solüsyonların tekrar kaynatılması bileşimi bozar. Kontaminasyon açısından hazırlanmış solüsyon en fazla 12 saat içinde tüketilmelidir.

Her yaş grubunda görülen ishal olgularında ORS'nın güvenli ve etkili bir tedavi aracı olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca her türlü ishal olgularının yanı sıra hafif, orta ve bazı ağır dehidratasyon olgularında başarı ile uygulanmaktadır. Ağızdan sıvı tedavisinin ucuz ve kolaylıkla hazırlanabilir solüsyonlar olması, sağlık ekibinin hekim dışı elemanları tarafından da uygulanabilir olması nedeniyle, hastanelerde ve sağlık merkezlerinde bu tedavi yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. IV uygulama sonucu görülebilen enfeksiyon, kalp yetersizliği, elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonlar AST ile görülmez (23,7).

### **2.9.2.2.Parenteral Sıvı Tedavisi**

Aşağıdaki durumlarda oral rehidratasyon solüsyonu verilemediği için rehidratasyon parenteral sıvılarla yapılır;

1. Şok belirtilerinin varlığı,
2. Aşırı karın gerginliği, barsak seslerinin alınamaması
3. AST uygulamasına karşın devam eden aşırı kusmalar
4. AST uygulaması ile ishalin belirgin olarak artması
5. Bilinç kaybı
6. IV yoldan antibiyotik veya başka ilaç uygulaması gerektiren olgular

Parenteral sıvı tedavisi gereken hastalarda aşırı su-elektrolit kayıplarına yol açan bir durum yoksa verilecek sıvı, günlük normal kayıpları karşılayacak miktar ve bileşimde olması yeterlidir (idame tedavisi). Buna ek olarak kaybetmiş olduğu su ve elektrolit varsa, verilecek sıvı bu kayıpları da karşılayacak miktar ve bileşimde olmalıdır (defisit tedavisi) (15).

Parenteral sıvı alan hastalar çok yakından takip edilmelidir. Sıvının çok hızlı verilmesi sonucu nabız hızlanması, karaciğer büyümesi, taşipne, akciğerde raller ve ödem gelişebilir. Hastada şok belirtilerinin devam etmesi ve yeterli ağırlık artışı olmaması ise perfüzyonun çok yavaş verildiğini ve kayıpların karşılanamadığını göstermektedir (23).

### **Dehidratasyon Gelişmemiş Hafif İshal Olgularında Tedavi**

İshalin erken döneminde çocuğun aç ve susuz bırakılmaması, alışık olduğu sıvı besinlerin alabildiği miktarda verilmesi genellikle dehidratasyon gelişmesini önlemeye yeterlidir (15).

Anne sütü alan bebeklerde emzirmeye devam edilmelidir. Karışık ve yapay beslenen 4-6 aylıktan küçük olan bebeklerde, 1-2 gün süre ile süt formülleri veya ayran yarı yarıya sulandırılarak anne sütüne ek olarak veya tek başına verilmelidir. Öğünler 3 veya 4 saatte bir olmalıdır (15).

Anne sütü almayan 4-6 aylıktan büyük bebek ve çocuklarda içine eklemek doğranmış ayran veya yoğurt ilave edilmiş sulu pirinç lapası verilebilir. Elma veya muz püresi de verilebilir (15).

Büyük çocuklar için de aynı beslenme ilkeleri uygulanabilir. Çocuğun alışık olduğu sıvı besinler ile beslemeye devam edilmelidir. Yoğurt, ayran gibi besin değeri yüksek olan besinler tercih edilmelidir. Liftten zengin besinler (fazla posa bırakan çiğ sebze ve meyveler), bağırsak peristaltik hareketlerini artırdığı için ishal durana kadar verilmemelidir. Yağ emilimi bozulmamasına rağmen çok yağlı besinler bağırsaklardan geçişi hızlandırdığı için birkaç gün verilmemelidir (15).

Hafif ishal olgularında uygulanabilecek diğer bir yöntem, oral sıvı tedavisine başlamaktır. Önerilecek sıvı miktarı iki yaştan küçükler için her dışkılamadan sonra 50-100ml, daha büyükler için 100-200ml'dir. Çocuk kusarsa oral sıvının daha yavaş (2-3 dakikada bir kaşık) verilmesi gerekir. Ancak bu durumda beslenmeye de devam edilmelidir. AST uygulanan 4-6 aylıktan büyük çocuklarda besinler daha kıvamlı olarak verilmelidir (15,23,7).

### **Orta Ağırlıktaki İshal Olgularında Tedavi**

Bu olgularda AST başlanmalıdır. Verilecek sıvı miktarı ilk 4-6 saatte 80-100ml/kg'dır. Çocukta aşırı susuzluk hissi varsa bu miktar artırılabilir. Kusma olursa tedaviye yaklaşık on dakika ara verilip sonra tekrar uygulamaya daha yavaş olarak devam edilir. Gözlerde şişlik ve ödem gözlenirse tedaviye, bulgular kaybolana kadar ara verilir (15).

Dehidratasyon bulgularına karşın çocuk ilk saatte 15-20ml/kg'dan az sıvı içmişse veya ilk saat sonunda dehidratasyon belirtilerinde artma varsa solüsyon nazogastrik sonda ile verilir. Bazı olgularda (genel durum bozulması, karında distansiyon oluşması, aşırı kusma, tartıda azalma) IV uygulamaya başlanmalıdır. Beslenme genellikle 4-6 saatten sonra başlatılmalıdır (15).

### **Ağır İshalde Tedavi**

Bu olgularda genellikle parenteral sıvı tedavisi uygulanmalıdır. Şuur açık ise nazogastrik yolla ORS verilebilir, bu durumda çocuk çok dikkatle izlenmelidir. IV sıvı tedavisi uygulanan vakalarda üç saatlik uygulama sonunda yapılacak değerlendirme sonucuna göre AST'ye geçilir ya da IV uygulamaya devam edilir. Hastanın genel durumu düzeler düzelmez beslenmeye başlanmalıdır. Başlangıçta besinler sık aralıklarla ve az miktarda verilmelidir (15).



### **2.9.3.Beslenmenin Erken Başlatılması**

İshalli çocuğun sağlıklı çocuktan daha fazla beslenmeye ihtiyacı vardır. Bu nedenle çocuk aç bırakılmamalı beslenmesine devam edilmelidir. Çocuğun aç bırakılması bozuklukların ağırlaşmasına ve ishalin uzun sürmesine neden olabilir (23).

İshal olan bebeklerde en iyi tolere edilen besin anne sütüdür. Karışık veya suni beslenen bebeklerde sütler başlangıçta yarı yarıya sulandırılarak verilmelidir. 4-6 aylıktan büyük çocuklara anne sütüne ek olarak katı gıdalar da verilerek çocuğun enerji ve protein gereksinimi karşılanmalıdır (23).

İshalde besinler enerjiden ve proteinden zengin ve posasız, yumuşak veya püre şeklinde olmalıdır. Besinler taze ve temiz hazırlanmalıdır. Pirinç, pirinç unu, nişasta, buğday unu, patates gibi kompleks karbonhidrat içeren besinler, kalori değerleri yüksek ve bağırsaktan emilimleri kolay olduğundan verilmelidir. Şeker ve şekerli besinler bağırsakta osmotik yükü arttırdığı için ishali ağırlaştırırlar. İshalde verilen sıvıların şeker içeriği %2,5 gramdan fazla olmamalıdır. İshalde proteinlerin emilimi bozulmadığı için et ve yumurta verilmesinde bir sakınca yoktur. Yağ emilimi bozulmamasına rağmen diyetle fazla yağ olması, posalı gıdalar gibi bağırsak hareketlerini hızlandırır (23).

İshalli çocuğa kompleks karbonhidrat, protein ve bir miktar sıvı veya katı yağ içeren besinler verilebilir. Bu amaçla 4-6 aydan büyüklere ek gıda olarak yoğurt, ekmek, pirinç lapası, patates veya havuç püresi, mercimek veya tarhana çorbası, az şekerli muhallebi, et, tavuk, balık, yumurta, meyve suları verilmesi uygundur. Çorba ve pürelere az miktarda sıvı yağ eklenebilir (23).

Çocuğa bir öğünde fazla miktarda besin verilmesi bağırsak hareketlerinin artmasına ve/veya kusmasına neden olabilir. Besinler 5-7 öğüne bölünerek çocuğu zorlamadan alabildiği kadar verilmelidir. İshal durduktan sonra çocuk bir-iki hafta süreyle veya normal vücut ağırlığına ulaşınca kadar günde bir öğün fazla beslenmelidir (23,25).

### **Yalnız Anne Sütü İle Beslenen Bebekler**

Dehidratasyon belirtileri gelişmemiş ishalleri bebek her zamankinden daha sık emzirilirse sıvı ve enerji ihtiyacı karşılanır. Genellikle ek sıvı verilmesine gerek yoktur. Beslenmeye karşın bebek huzursuz ve ağlıyorsa anne sütüne ek olarak kaynatılmış ılıtılmış su verilir (25).

Hafif-orta dehidratasyon belirtileri gösteren bebeklerde su ve elektrolit kayıplarının karşılanmasında yalnızca anne sütü yeterli değildir. Anne sütünün elektrolit içeriği de düşük olduğundan (Na:7mEq/l), hafif-orta dehidratasyonu olan ishallerli bebekler sık emzirilir, ancak 4-6 saatlik rehidratasyondan sonra emzirme aralarında oral rehidratasyon solüsyonu (ORS) verilmelidir (25).

Ağır dehidratasyon oluşan bebeklerde rehidratasyon tedavisinin ilk 4-6 saatinden sonra bebek ağızdan sıvı alabilecek duruma geldiğinde hafif-orta dehidratasyonlu çocuk gibi beslenmeye başlanır ve idame sıvısı (ORS) verilir (25).

### **Karışık Beslenen Bebekler**

Günde üç öğünden fazla hem anne sütü hem de başka sütler ile beslenen bebeklerde dehidratasyon belirtileri yoksa ilk 1-2 gün yalnız anne sütü ile daha sık beslenmelidir. Aralarda, diğer sıvılarla sıvı alımı arttırılmalıdır. Çocuk açlık belirtileri gösteriyorsa anne sütünün yanı sıra diğer sütler ilk 1-2 gün yarı yarıya sulandırılarak verilmelidir. Daha sonra ishal öncesi beslenme şekline geçilir. Hafif-orta dehidratasyonu olan bebekler 4-6 saat ORS aldıktan sonra dehidratasyonu olmayanlardaki gibi beslenmeye başlanır. Ağır dehidratasyonda ise dehidratasyon düzeltildikten sonra hafif-orta dehidratasyondakilerin beslenme şekline başlanır (23,25).

### **Suni Beslenen Bebekler ve 1-2 Yaş Arası Çocuklar**

Anne sütü almayan veya üç öğünden az alan ve diğer sütlerle beslenen bebekler, suni olarak beslenen grubu oluşturur. Dehidratasyon belirtileri olmayan çocuklarda beslenmeye aynı şekilde devam edilir. Az miktarlarda sık beslenir. Çocuk beslenmeye zorlanmamalıdır. Sulu dışkı sayısı fazla ise ilk 1-2 gün verilecek sütler yarı yarıya sulandırılmalıdır. 4-6 aylıktan büyüklere sütün yanı sıra katı gıdalar da verilmelidir. Öğün aralarında sıvı alımı arttırılır (25).

Hafif-orta dehidratasyonu olan çocukların dehidratasyon belirtileri düzeldikten sonra (4-6 saat tedaviden sonra) beslenmeye başlanır. Sütler ilk 1-2 gün yarı yarıya sulandırılarak verilmelidir. 4-6 aylıktan büyüklere enerjiden ve proteinden zengin katı gıdalar da verilmelidir. İshal düzeline kadar idame sıvı tedavisine devam edilmelidir (25).

İki yaşından büyük çocuklarda dehidratasyon belirtileri yoksa beslenme aynı şekilde devam ettirilir. Sıvı alımı aralarda arttırılır. Hafif-orta dehidratasyonlu bebeklerde ise 4-6 saatlik ORS uygulamasından sonra beslenmeye başlanır. Az şekerli, az yağlı, posa

bırakmayan enerjiden zengin, protein içeren besinler verilmelidir. İshal durana kadar öğün aralarında ORS ve/veya diğer sıvılarla sıvı alımı arttırılmalıdır. Ağır dehidratasyonlu çocukların dehidratasyon belirtileri geçtikten sonra hafif-orta dehidratasyonlulardaki gibi beslenmeye başlanır (25).

## 2.10. İSHALDEN KORUNMA

Fekal-oral yolla bulaşan akut infeksiyöz ishaller önlenebilir. Konutlarda akar su ve kanalizasyon sistemlerinin olmaması gibi çevresel hijyen koşullarından yoksun yaşama özellikle çocuklarda her yaş grubunda ishal riskini arttıran önemli bir faktördür (15).

İshale karşı henüz etkinlikle ve rutin olarak uygulanan bir bağışıklama çalışması yoktur. Çocukluk çağında rotavirus aşılarının etkili koruma sağladığı bildirilmektedir; uygulamaya sunulan bir aşı bağırsak invaginasyonuna yol açtığından kullanımdan geri çekilmiştir. Uygun endikasyon durumunda kolera ve tifo aşısı kullanılabilir (26).

Anne sütü ile beslenme, ishal gelişmesini önleyen en etkili korunma yöntemidir. Anne sütü ile beslenen çocuğun, fekal yolla bulaşan mikroorganizmalarla temas riski çok azdır. Ayrıca anne sütünde enfeksiyonlara karşı direnci arttıran ve bağırsağı koruyan faktörler vardır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde genellikle ağır ishal görülmez ve anne sütü almaya devam eden ishallerde ağır dehidratasyon tablosunun gelişmesi nadirdir (15,27).

Temel hijyen kurallarına dikkat edilerek bağırsak patojenlerinin bulaşması önlenebilir. Hijyen kurallarında önemli olan çocuğa bakan kişinin ellerinin temizliğidir. Çocuğa bakan kişi yiyecekleri hazırlamadan önce, çocuğu beslemeden önce, tuvaletten çıktıktan ve çocuğun bezini değiştirdikten sonra ellerini bol su ve sabunla yıkamalıdır (15). Çocuğa verilen içme sularının kaynatılması; çocuğa ait biberon, bardak, tabak, kaşık gibi yiyecek kaplarının temiz yıkanması ve içinde yiyecek, süt artıklarının kalmaması; çiğ yenen meyve ve sebzelerin iyi yıkanması; yemeklerin açıkta bırakılmaması ve sıcakta bekletilmemesi gibi dikkat edilmesi gereken diğer koruyucu önlemlerdir (15).

Dışkı ve idrarın helâlara yapılması, bebek dışkılarının helâlara atılması, helâların temiz ve sağlıklı olması, kanalizasyon yoksa kapalı çukur açılması ve çukurun içme suyu kaynaklarından en az 15m uzakta olması gibi önlemlerle dışkının çevreye bulaşması önlenir. Çöplerin kapalı kutularda toplanması, gömülerek veya yakılarak ortadan

kaldırılması, gübrelerin üstünün kapalı tutulması diğer koruyucu önlemlerdendir (15,25).

### **2.11. DÜNYADA AKUT İSHAL VE DSÖ PROGRAMLARI**

Mayıs 1978’de, 31. Dünya Sağlık Asamblesi, temel sağlık hizmetlerine ve ‘2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık’ hedefine küresel yönelmenin bir parçası olarak, ishali hastalıklara karşı yoğun bir taarruza girişilmesi çağrısında bulunmuştur. Bundan kısa bir süre sonra DSÖ, İHK Programı ile, özellikle AST’nin kullanımının yaygınlaşmasını sağlamaya yönelik çalışmaları başlatmıştır. Yüzden fazla gelişmekte olan ülke, İHK programını, temel sağlık hizmetlerine uyarlamıştır. Mısır, Bangladeş, Nepal, Hindistan gibi ülkeler, sağlık örgütü dışındaki sektörleri de harekete geçirerek radyo, televizyon gibi kitle haberleşme araçlarıyla toplumu, ishali hastalıkların tehlikesi ve tedavisi konularında bilinçlendirmiş ve AST uygulamasını yaygınlaşmasını sağlamıştır (28). DSÖ’nün morbidite, mortalite ve tedavi araştırmalarına göre beş yaş altındaki ishali çocukların 1982’de %6’sı AST’den yararlanırken, 1984’te bu oran %33’e ulaşmıştır(28). 1990-1997 verilerine göre ise dünyada AST kullanım oranı %76’dır (11).

Dünyanın pek çok ülkesindeki İHK programları, ishale bağlı ölüm oranlarını ve ishal nedeniyle hastaneye yatırılanların sayısını önemli ölçüde azaltmayı başarmıştır (29). Ancak, AST ile her yıl bir milyon çocuğun ölümü önlenmesine rağmen halen dünyada her yıl 2,2 milyon çocuk akut ishal nedeniyle ölmektedir (11).

### **2.12. TÜRKİYE’DE AKUT İSHAL**

Ülkemizde ishale bağlı ölümleri azaltmak ve halkın bu konuda yanlış davranışlarını düzeltmek amacıyla 16 Haziran 1986 tarihinde, Sağlık Bakanlığı ( söz konusu tarihte Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı-SSYB) tarafından, ishali hastalıkların kontrolü kampanyası başlatılmıştır (28).

Ülkemizde bebek ve çocuk ölümleri yıllar itibari ile değişmektedir. Özellikle bebek ölümleri içinde postneonatal ölümlerin önlenmesinde daha büyük bir değişim sağlanmıştır. Bu noktada özellikle 1980’li yıllardan bu yana yoğun şekilde uygulanmakta olan enfeksiyon kontrolüne yönelik programlar (İHK; ASYE-Akut solunum yolu enfeksiyonları-Kontrolü Programları gibi) ve bağışıklama çalışmalarının bu değişimde büyük payı bulunmaktadır (30).

İshal nedeniyle gerçekleşen ölümleri önlemede temel uygulama olan ishalde AST uygulama oranı, 1988 yıllarında %44 iken, 1993 yılında %57'ye, 1998 yılında ise %69.2'dir (30,31).

Ülkemizde tüm çocukların dörtte biri bir yıl içinde herhangi bir zamanda ishal olmaktadır (30). İshal 6-11 ay arasında, düşük eğitimli annelerin çocuklarında, kırsal kesimde, doğum sırası arttıkça, batıdan doğuya gidildikçe daha çok görülmektedir. 1998 TNSA sonuçlarına göre; Türkiye'de beş yaş altındaki çocuklar arasında ishal görülme sıklığı %29.7'dir. Tüm çocuk ölümleri arasında ishal nedeniyle olan ölümlerin oranı 1986 yılında %13.3, 1999 yılında bu oran %2.2, 2012 yılında ise bu oran %2.1'dir (6,30,31,32).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 14 Kasım 2012'den 30 Temmuz 2013'e kadar, sadece hafta içi olmak üzere Kayseri Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi acil kliniğine ishal nedeniyle başvuran 0-5 yaş grubu çocukları kapsayacak şekilde planlandı ve yapıldı.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı 5 hastane ve Hakan Çetinsaya Klinik Araştırma Merkezi ile İyi Klinik Uygulama Merkezi vardır. Toplam 1350 yatak kapasitesi ile Kayseri ve çevresindeki illere üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanedir. Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesinin 8 tane randevuyla ve 5 tane randevusuz sağlık hizmeti veren polikliniği ayrıca 9 tanede yataklı servisi mevcuttur. Çalışmanın yapıldığı acil kliniğinde 20 yatak ve ayaktan gelen hastalara bakılan 9 tane muayene masası mevcuttur. Çocuk hastanesinin toplamda 200 yatağı vardır (33).

Çalışmanın yapıldığı tarih aralığında ishal nedeniyle başvuran 583 hastanın çocuk acil kliniğine 'gastroenterit ve kolit, diğer tanımlanmış enfektif olmayan' tanısıyla girişleri yapılmıştır. Bu hastaların 33'ü Kasım ayının ikinci yarısında, 39'u aralık ayında, 54'ü ocak ayında, 51'i şubat ayında, 77'si mart ayında, 67'si nisan ayında, 68'i mayıs ayında, 77'si haziran ayında ve 117'si temmuz ayında başvurmuştur. Çalışmamızın sadece hafta içi yapılması ve hastaların yanında annelerinin olmaması araştırmamızın anket doldurma aşamasının uzamasına neden olmuştur.

Bu çalışmada hafta içi çocuk acil kliniğine ishal nedeniyle başvuran 0-5 yaş grubu ishal olan 503 çocuğun annelerine, yüz yüze görüşme yöntemiyle 41 soruluk bir anket formu

(Ek:1) uygulandı. Anket formu ailelerin sosyo- kültürel ve ekonomik durumlarını ayrıca annelerin ishal konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacını taşıyan soruları içermiştir.

Söz konusu süre içerisinde çocuk acil kliniğine ishal nedeniyle başvuran ve doktorlar tarafından yatış kararı verilip yatırılan 503 hastanın odasına gidilerek, anneleriyle görüşülerek anket formu doldurulmuştur.

Anket formunun ön uygulamasında bazı soruların katılımcılar tarafından yanlış anlaşıldığı tespit edilmiştir. Bunun üzerine sorularda bazı düzeltmeler yapılmıştır.

Annelerin yaşının sınıflaması için Uluslararası Standard Yaş Sınıflaması (USYS-97) ve International Standard Age Classification (ISAC) göre tek yaşlar ve 5'erli yaş grupları (0-4, 5-9, 10-14,...90+) kullanılmıştır. Ailelerin aylık geliri sınıflandırılırken Türkiye'deki asgari ücret (yaklaşık ₺803), açlık (yaklaşık ₺1000) ve yoksulluk (yaklaşık ₺3300) sınırları temel alınmıştır.

Toplanan veriler SPSS 21 paket programına kodlandıktan sonra gerekli yerlerde frekans, yüzde dağılımları ki-kare testi kullanıldı ve  $p < 0.05$  değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir. P değeri 0.05'ten küçük olan değerler önemli ve gruplar arasında fark vardır, büyük olan değerler önemsiz ve gruplar arasında fark yoktur, şeklinde kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Çocukların Aileleri ve Konutları İle İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına alınan çocukların annelerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Araştırma Kapsamına Alınan Çocukların<sup>1</sup> Annelerinin Yaşına Göre Dağılımı

Annenin yaşı	Sayı	%
15-19 yaş	10	2.0
20-24 yaş	106	21.1
25-29 yaş	136	27.0
30-34 yaş	143	28.4
35-39 yaş	66	13.1
40-44 yaş	31	6.2
45-49 yaş	11	2.2
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

1.Bulgular bölümünün devamında 'Araştırma Kapsamına Alınan Çocuklar' ifadesi yerine kısaca 'Çocuklar' ifadesi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan çocukların annelerinin %49.9'u 30 yaş ve üstü, %2.0'si ise 19 yaş ve altında olup, yaş ortalamaları  $29.75 \pm 6.216$ 'dır.



**Tablo 4.2.** Çocukların Anne ve Babalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Anne		Baba	
	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	8	1.6	1	0.2
Okur-yazar	12	2.4	1	0.2
İlkokul mezunu	229	45.5	164	32.6
Ortaokul mezunu	89	17.7	74	14.7
Lise mezunu	103	20.5	171	34.0
Üniversite mezunu	62	12.3	92	18.3
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

1.Eğitim durumunun sınıflaması; okul öncesi eğitim (kreşler ve anaokulları), ilköğretim birinci kademe (ilkokullar), ilköğretim ikinci kademe (ortaokullar), ortaöğretim (lise), yükseköğretim (üniversiteler) şeklindedir. Bulgular bölümünün devamında; okur-yazar değil + okur-yazar ‘eğitimi yok’, ilkokul mezunu + ortaokul mezunu ‘ilköğretim’, lise mezunu ‘lise’ ve üniversite mezunu ‘üniversite’ şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi annelerin %63.2’si, babaların %47.3’ü ilköğretim (ilkokul+ortaokul) mezunudur. Annelerin %4.0’ünün, babaların %0.4’ünün eğitimi yoktur (okur-yazar değil+okur-yazar). Üniversite mezunu olan anne ve babalar sırasıyla %12.3 ve %18.3’tür.

**Tablo 4.3.** Çocukların Anne ve Babalarının Mesleklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Anne		Baba	
	Sayı	%	Sayı	%
Meslek <sup>1</sup>				
Ev hanımı	450	89.5	-	-
Memur	26	5.2	65	12.9
İşçi	26	5.2	350	69.6
Esnaf	1	0.2	62	12.3
Çiftçi	-	-	22	4.4
İşsiz	-	-	2	0.4
Diğer <sup>2</sup>	-	-	2	0.4
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

1.Bulgular bölümünün devamında annenin çalışma durumu; ev hanımı ‘çalışmıyor’ ve memur + işçi + esnaf ‘çalışıyor’ şeklinde gösterilmiştir.

2.Devamlı bir işi olmayanlar, gün içerisinde iş oldukça çalışanlar.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi annelerin büyük çoğunluğu (%89.5) ev hanımı, babaların %69.6'sı işçi ve %0.4'ünün işsiz olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Çocukların Ailelerinin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	Sayı	%
Emekli Sandığı	57	11.3
SSK	356	70.8
Bağ kur	43	8.5
Yeşil kart	34	6.8
Sigortasız	13	2.6
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

Çocukların ailelerinin %97.4'ünün her hangi bir sosyal güvencesinin olduğu tablo 4.4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5.** Çocukların Ailelerinin Aylık Gelirlerine Göre Dağılımı

Ailenin Aylık Geliri (TL) <sup>1</sup>	Sayı	%
₺803 ve altı	67	13.3
₺804-₺1000	182	36.2
₺1001-₺3300	224	44.5
₺3301 ve üstü	30	6.0
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi çocukların ailelerinin %44.5'inin aylık geliri ₺1001-₺3300'dir. Çocukların ailelerinin gelir ortalamaları ise ₺1501.39±992.320'dir.

**Tablo 4.6.** Çocukların Ailelerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	383	76.1
Geniş aile	105	20.9
Parçalanmış aile	15	3.0
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
1	147	29.2
2	188	37.4
3	121	24.1
4	32	6.4
5	11	2.2
6	4	0.8
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi çocukların ailelerin %76.1'i çekirdek aile tipindedir. Ailelerin en çok 1 ve 2 çocuk sahibi oldukları sırasıyla oranı %29.2 ve %37.4 olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.7.** Çocukların Ailelerinin Konut Koşullarına Göre Dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yerleşim Yeri</b>		
Çevre iller	50	9.9
İlçe	279	55.5
Kasaba ve köy	34	6.8
İl merkezi	140	27.8
<b>Konut Tipi</b>		
Apartman	347	69.0
Müstakil	116	23.1
Gecekondu	40	8.0
<b>Evdeki Oda Sayısı (salon dahil)</b>		
2	5	1.0
3	93	18.5
4	332	66.0
5 ve daha fazla	73	14.5
<b>Evde Ayrı Mutfağın Olması</b>		
Var	487	96.8
Yok	16	3.2
<b>İçme Suyu Kullanımı</b>		
Şebeke suyu	388	77.1
Kaynatılmış su	16	3.2
Hazır damacana suyu	70	13.9
Arıtılmış su	18	3.6
Kaynak su	11	2.2
<b>Tuvaletin Özelliği</b>		
Ev içinde kanalizasyona bağlı	484	96.2
Ev dışında kuru çukur	4	0.8
Ev dışında sulu çukur	6	1.2
Ev dışında kanalizasyona bağlı	9	1.8
<b>Çöpleri Biriktirme Yeri</b>		
Mutfakta	276	54.9
Balkonda	164	32.6
Evin dışında	63	12.5
<b>Çöplerin Toplanma Sıklığı</b>		
Her gün toplanır	400	79.5
Haftada 2-3 kez toplanır	85	16.9
Haftada 1 kez toplanır	18	3.6
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere çocukların ailelerin %55.5’i Kayseri’nin ilçelerinde yaşadığı, %69’unun ise apartman dairesinde yaşadığı, %66’sının ise salon dâhil 4 odalı evde yaşadığı, %96.8’nin evinde mutfağının ayrı olduğu, %96.2’sinin tuvaletlerinin evin içinde ve kanalizasyona bağlı olduğu, %54.9’unun çöp kovalarının mutfakta olduğu ve %79.5’i çöplerinin her gün toplandığı belirlenmiştir. Ailelerin %77.1’inin içme suyunu şebeke suyundan temin ettiği belirlenmiştir.

#### 4.2. Çocuklar İle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

**Tablo 4.8.** Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş (ay)	Sayı	%
0-11	155	30.8
12-23	147	29.2
24-35	70	13.9
36-47	58	11.5
48-59	51	10.1
60-71	22	4.4
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi çocukların %30.8’i 0-11 aylık arasındadır. Araştırmaya alınan çocukların yaş ortalaması  $24.0 \pm 17.3$  aydır.

**Tablo 4.9.** Çocukların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Kız	221	43.9
Erkek	282	56.1
<b>Toplam</b>	<b>503</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya alınan çocukların %56.1’i erkek ve %43.9’u kızdır.

### 4.3. Çocukların Beslenmeleri İle İlgili Bulgular

**Tablo 4.10.** Çocukların Beslenmesine İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

	6 aydan küçük çocuklar n=46		Tüm yaş grubundaki çocuklar n=503	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Anne sütü alma durumu</b>				
Halen Alıyor	38	82.6	154	30.6
Sütten Kesildi	6	13.0	310	61.6
Hiç Almadı	2	4.4	39	7.8
<b>İnek sütü alma durumu</b>				
Alıyor	0	0.0	185	36.8
Almıyor	46	100.0	318	63.2
<b>Hazır mama alma durumu</b>				
Alıyor	25	54.3	158	31.4
Almıyor	21	46.7	345	68.6
<b>Ek besin alma durumu</b>				
Alıyor	2	4.3	443	88.1
Almıyor	44	95.7	60	11.9

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi çocukların %92.2'si bir süre anne sütü almış veya halen almakta, %7.8'i ise çocuğun kuvözde kalması, annenin göğsünde problem olması ve çocukta anomalilerin olmasından dolayı hiç anne sütü almamıştır. Annelerin %36.8'inin çocuklarına inek sütü, %31.4'ünün hazır mama ve %88.1'inin ek besin verdiği belirlenmiştir. Annelerin %67.3'ünün (halen anne sütü alan 154 çocuğun 38'i altı aydan küçük olduğu için; ayrıca araştırmanın yapıldığı tarihte anne sütü almayan 310 çocuğun toplamda 87'si altı ay anne sütü almadığı için hesaplamaya katılmamıştır. 87 çocuğun 6'sı da altı aydan küçük olduğu için hesaplamaya katılmamıştır.) ilk altı ay anne sütü verdiği belirlenmiştir.

### 4.4. Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgileri İle İlgili Bulgular

Araştırmaya alınan çocukların annelerinin, ishalin hastalık olup olmadığını bilme durumu tablo 4.11'de verilmiştir.

**Tablo 4.11.** Çocukların Annelerinin İshalin Hastalık Olup Olmadığını Bilme Durumu

	Evet, ishal hastalık		Hayır, ishal hastalık değil		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	450	89.5	33	6.6	20	4.0	503	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>								
19 ve altı	7	70.0	1	10.0	2	20.0	10	100.0
20-24 yaş	95	89.6	8	7.5	3	2.8	106	100.0
25-29 yaş	120	88.2	9	6.6	7	5.1	136	100.0
30 ve üstü	228	90.8	15	6.0	8	3.2	251	100.0
$\chi^2=8.638$ $p>0.05$								
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	397	86.0	33	7.3	20	4.4	450	100.0
Çalışıyor	53	100.0	0	0.0	0	0.0	53	100.0
$\chi^2=6.977$ $p<0.05$								
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>								
Eğitimi yok	13	65.0	2	10.0	5	25.0	20	100.0
İlköğretim	278	87.4	27	8.5	13	4.1	318	100.0
Lise	97	94.2	4	3.9	2	1.9	103	100.0
Üniversite	62	100.0	0	0.0	0	0.0	62	100.0
$\chi^2=35.650$ $p<0.001$								
<b>Ailenin Gelir Durumu(₺)</b>								
₺803 ve altı	56	83.6	6	9.0	5	7.5	67	100.0
₺804-₺1000	160	87.9	15	8.2	7	3.8	182	100.0
₺1001-₺3300	204	91.1	12	5.4	8	3.6	224	100.0
₺3301 ve üstü	30	100.0	0	0.0	0	0.0	30	100.0
$\chi^2=7.919$ $p>0.05$								

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi annelerin %89.5’i ishalin hastalık olduğunu, %6.6’sı ishalin hastalık olmadığını ve %4.0’ü ise bilmediğini ifade etmiştir. Üniversite mezunu annelerin %100.0’ü ishalin hastalık olduğunu söylemiştir. Çalışan annelerin hepsi, çalışmayan annelerin ise %86.0’sı ishalin hastalık olduğunu ifade etmiştir. Ailenin gelir durumu ile annelerin ishalin hastalık olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Annenin yaşı ile annelerin ishalin hastalık olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır..

**Tablo 4.12.** Çocukların Annelerinin Bazı Özelliklerine Göre İshalin Bulaşıcı Olup Olmadığını Bilme Durumu

	Evet, ishal bulaşıcı		Hayır, ishal bulaşıcı değil		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	245	48.7	221	43.9	37	7.4	503	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>								
19 ve altı	2	20.0	7	70.0	1	10.0	10	100.0
20-24 yaş	39	36.8	61	57.5	6	5.7	106	100.0
25-29 yaş	54	39.7	75	55.1	7	5.1	136	100.0
30 ve üstü	150	59.8	78	31.1	23	9.2	251	100.0
$\chi^2=35.221$ $p=0.001$								
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	211	46.9	205	45.6	34	7.6	450	100.0
Çalışıyor	34	64.2	16	30.2	3	5.7	53	100.0
$\chi^2=5.681$ $p>0.05$								
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>								
Eğitimi yok	7	35.0	10	50.0	3	15.0	20	100.0
İlköğretim	140	44.0	152	47.8	26	8.2	318	100.0
Lise	54	52.4	42	40.8	7	6.8	103	100.0
Üniversite	44	71.0	17	27.4	1	1.6	62	100.0
$\chi^2=18.837$ $p<0.05$								
<b>Ailenin Gelir Durumu(₺)</b>								
₺803 ve altı	24	35.8	38	56.7	5	7.5	67	100.0
₺804-₺1000	88	48.4	81	44.5	13	7.1	182	100.0
₺1001-₺3300	111	49.6	95	42.4	18	8.0	224	100.0
₺3301ve üstü	22	73.3	7	23.3	1	3.3	30	100.0
$\chi^2=12.391$ $p=0.054$ $p>0.05$								



Tablo 4.12’de görüldüğü gibi annelerin %48.7’si ishalin bulaşıcı olduğunu, %43.9’u ishalin bulaşıcı olmadığını ve %7.4’ü bilmediklerini ifade etmiştir. Üniversite mezunu olan annelerin %71’i ishalin bulaşıcı olduğunu ifade etmiştir. 30 ve üstü yaş grubunda bulunan annelerin %59.8’i ishalin bulaşıcı olduğunu söylemiştir. Ailelerin gelir durumu ile annelerin ishalin bulaşıcı olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Annenin çalışma durumu ile ishalin bulaşıcı olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 4.13. Çocukların Annelerinin İshalin Ölüme Neden Olup Olmadığını Bilme**

	Evet, ishal öldürür		Hayır, ishal öldürmez		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	396	78.7	70	13.9	37	7.4	503	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>								
19 ve altı	8	80.0	1	10.0	1	10.0	10	100.0
20-24 yaş	71	67.0	25	23.6	10	9.4	106	100.0
25-29 yaş	101	74.3	24	17.6	11	8.1	136	100.0
30 ve üstü	216	86.1	20	8.0	15	6.0	251	100.0
$\chi^2=20.354$ $p<0.05$								
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	348	77.3	66	14.7	36	8.0	450	100.0
Çalışıyor	48	90.6	4	7.5	1	1.9	53	100.0
$\chi^2=5.191$ $p>0.05$								
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>								
Eğitimi yok	16	80.0	1	5.0	3	15.0	20	100.0
İlköğretim	246	77.4	47	14.8	25	7.9	318	100.0
Lise	79	76.7	17	16.5	7	6.8	103	100.0
Üniversite	55	88.7	5	8.1	2	3.2	62	100.0
$\chi^2=7.434$ $p>0.05$								
<b>Ailenin Gelir Durumu (₺)</b>								
₺803 ve altı	46	68.7	12	17.9	9	13.4	67	100.0
₺804-₺1000	138	75.8	28	15.4	16	8.8	182	100.0
₺1001-₺3300	185	82.6	27	12.1	12	5.4	224	100.0
₺3301 ve üstü	27	90.0	3	10.0	0	0.0	30	100.0
$\chi^2=11.202$ $p>0.05$								

Tablo 4.13'te annelerin %78.7'si ishalin çocukları öldürebileceğini ifade ederken %13.9'u ise ishalin ölümcül olmadığını söylemiştir. Tüm yaş grubundaki annelerin çoğunluğu ishalin öldürebileceğini belirtmiştir. Annelerin eğitim durumu ve çalışma durumu ile annelerin ishalin ölüme neden olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailenin gelir durumu ile annelerin ishalin ölüme neden olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 4.14.** Çocukların Annelerinin İshalin Neden Öldürdüğünü Bilme Durumu

	Susuzluktan		Kusmadan		Kanlı ishal		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	186	47.0	6	1.5	152	38.4	52	13.1	396	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>										
19 ve altı	3	37.5	0	0.0	4	50.0	1	12.5	8	100.0
20-24 yaş	27	38	0	0.0	31	43.7	13	18.3	71	100.0
25-29 yaş	42	41.6	2	2.0	39	38.6	18	17.8	101	100.0
30 ve üstü	114	52.8	4	1.9	78	36.1	20	9.3	216	100.0
$\chi^2=11.738$ $p>0.05$										
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>										
Eğitimi yok	3	18.8	2	12.5	7	43.8	4	25.0	16	100.0
İlköğretim	101	41.1	2	0.8	106	43.1	37	15.0	246	100.0
Lise	39	49.4	0	0.0	30	38.0	10	12.7	79	100.0
Üniversite	43	78.2	2	3.6	9	16.4	1	1.8	55	100.0
$\chi^2=48.685$ $p<0.001$										

Tablo 4.14. (devamı) Çocukların Annelerinin İshalin Neden Öldürdüğünü Bilme Durumu

	Susuzluktan		Kusmadan		Kanlı İshal		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>										
Çalışmıyor	150	43.1	4	1.1	145	41.7	49	14.1	348	100.0
Çalışıyor	36	75.0	2	4.2	7	14.6	3	6.2	48	100.0
$\chi^2=21.072$ p<0.001										
<b>Ailenin Gelir Durumu(₺)</b>										
₺803 ve altı	12	26.1	0	0.0	26	56.5	8	17.4	46	100.0
₺804 -₺1000	53	38.4	3	2.2	64	46.4	18	13.0	138	100.0
₺1001-₺3300	100	54.1	2	1.1	59	31.9	24	13.0	185	100.0
₺3301 ve üstü	21	77.8	1	3.7	3	11.1	2	7.4	27	100.0
$\chi^2=30.851$ p<0.05										

Tablo 4.14'te görüldüğü gibi annelerin %47.0'si ishalin neden olduğu susuzluktan, %1.5'i kusmadan, %38.4'ü kanlı ishalden dolayı çocukların öldüğünü ifade ederken annelerin %13.1'i ise ishal olan çocukların neden öldüğünü bilmediklerini ifade etmiştir. İlköğretim mezunu ve eğitimi olmayan annelerin çoğunluğu çocukların kanlı ishalden dolayı öldüğünü ifade etmiştir. Lise ve üniversite mezunu annelerin çoğunluğu çocukların susuzluktan dolayı öldüğünü ifade etmiştir. ₺1001 ve üstü aile geliri olan annelerin çoğunluğu çocukların susuzluktan dolayı öldüğünü ifade etmiştir. ₺1000 ve altında aile geliri olan annelerin çoğunluğu çocukların kanlı ishalden dolayı öldüğünü

ifade etmiştir. Annenin yaş durumu ile ishalin neden öldürdüğünü bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 4.15.** Çocukların Annelerinin İshalli Çocukları İçin Yaptıkları İlk Uygulamalar

Uygulamalar	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne sütü	135	87.7	19	12.3	154 <sup>1</sup>	100.0
Doktora getirme	225	44.7	278	55.3	503	100.0
Bol sıvı	129	25.6	374	74.4	503	100.0
Eczaneden ilaç alma	6	1.2	497	98.8	503	100.0
Kahve	20	4.0	483	96.0	503	100.0
Haşlanmış patates	147	29.2	356	70.8	503	100.0
Kola	18	3.6	485	96.4	503	100.0
Pirinç lapası	55	10.9	448	89.1	503	100.0
Muz	125	24.9	378	75.1	503	100.0
ORS	12	2.4	491	97.6	503	100.0
Yoğurt	28	5.6	475	94.4	503	100.0
Yumurta sarısı	14	2.8	489	97.2	503	100.0
Leblebi	14	2.8	489	97.2	503	100.0
Diğer <sup>2</sup>	112	22.3	391	77.7	503	100.0

1.Araştırma sırasında annelerin %69.4'ü (349) çocuğuna anne sütü vermiyordu.

2.Hazır meyve suları

Araştırma kapsamına alınan çocuklar içerisinde, halen anne sütü alan 154 çocuğun annelerinin %87.7'si çocuklarını emzirmeye devam ettiklerini ifade etmiştir. Annelerin %44.7'si çocukları ishal olduğunda doktora götürdüklerini, %25.6'sı da bol sıvı verdiklerini ifade etmiştir. Annelerin %2.4'ü çocukları ishal olduklarında ORS verdiklerini ifade etmiştir.

**Tablo 4.16.** Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgilerinin Kaynakları İle İlgili Dağılımlar

	Kitle iletişim araçları		Çevredekiler		Sağlık kurumu ve çalışanları		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	97	19.3	247	49.1	159	31.6	503	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>								
19 ve altı	2	20.0	6	60.0	2	20.0	10	100.0
20-24 yaş	16	15.1	69	65.1	21	19.8	106	100.0
25-29 yaş	21	15.4	77	56.6	38	27.9	136	100.0
30 ve üstü	58	23.1	95	37.8	98	39.0	251	100.0
$\chi^2=27.774$ $p<0.001$								
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	86	19.1	227	50.4	137	30.4	450	100.0
Çalışıyor	11	20.8	20	37.7	22	41.5	53	100.0
$\chi^2=3.462$ $p>0.05$								
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>								
Eğitimi yok	2	10.0	15	75.0	3	15.0	20	100.0
İlköğretim	66	20.8	154	48.4	98	30.8	318	100.0
Lise	18	17.5	53	51.5	32	31.1	103	100.0
Üniversite	11	17.7	25	40.3	26	41.9	62	100.0
$\chi^2=9.262$ $p>0.05$								
<b>Ailenin Gelir Durumu(₺)</b>								
₺803 ve altı	15	22.4	38	56.7	14	20.9	67	100.0
₺804-₺1000	38	20.9	89	48.9	55	30.2	182	100.0
₺1001-₺3300	40	17.9	110	49.1	74	33.0	224	100.0
₺3301ve üstü	4	13.3	10	33.3	16	53.3	30	100.0
$\chi^2=10.841$ $p>0.05$								

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi ishal hakkındaki bilgilerini nereden öğrendikleri ile ilgili soruya annelerin %19.3’ü kitle iletişim araçlarından (televizyon, radyo, gazete, dergi, internet), %49.1’i çevresindekilerden (sağlık çalışanı olmayan anne, kaynana, komşu ve arkadaş) ve %31.6’sı sağlık kurumu veya çalışanlarından (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru) öğrendiğini söylemiştir. Yaşı 29 ve altı olan annelerin çoğunluğu ishal hakkındaki bilgilerini çevresindekilerden öğrendiklerini ifade etmiştir. 30 ve üstü yaş grubundaki annelerin %39’u sağlık kurumundan veya sağlık çalışanlarından öğrendiklerini söylemiştir. Annenin eğitim ve çalışma durumu ile çocukların annelerinin ishal hakkındaki bilgilerini nereden öğrendiklerini bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailenin gelir durumu ile çocukların annelerinin ishal hakkındaki bilgilerini nereden öğrendiklerini bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

#### 4.5. Çocukların Annelerinin ORS Hakkındaki Bilgileri İle İlgili Bulgular

**Tablo 4.17.** Çocukların Annelerinin ORS'nın Ne Olduğunu Bilme Durumu

	Evet, biliyorum		Tuz-şeker olarak biliyorum		Hayır, bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	116	23.1	54	10.7	333	66.2	503	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>								
19 ve altı	0	0.0	0	0.0	10	100.0	10	100.0
20-24 yaş	10	9.4	3	2.8	93	87.7	106	100.0
25-29 yaş	26	19.1	6	4.4	104	76.5	136	100.0
30 ve üstü	80	31.9	45	17.9	126	50.2	251	100.0
$x^2=65.640$ $p<0.001$								
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	92	20.4	49	10.9	309	68.7	450	100.0
Çalışıyor	24	45.3	5	9.4	24	45.3	53	100.0
$x^2=16.695$ $p<0.001$								
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>								
Eğitimi yok	3	15.0	3	15.0	14	70.0	20	100.0
İlköğretim	68	21.4	33	10.4	217	68.2	318	100.0
Lise	24	23.3	10	9.7	69	67.0	103	100.0
Üniversite	21	33.9	8	12.9	33	53.2	62	100.0
$x^2=6.674$ $p>0.05$								
<b>Ailenin Gelir Durumu(₺)</b>								
₺803 ve altı	8	11.9	6	9.0	53	79.1	67	100.0
₺804-₺1000	35	19.2	18	9.9	129	70.9	182	100.0
₺1001-₺3300	60	26.8	26	11.6	138	61.6	224	100.0
₺3301 ve üstü	13	43.3	4	13.3	13	43.3	30	100.0
$x^2=17.481$ $p<0.05$								

Tablo 4.17'de görüldüğü gibi araştırma grubumuzdaki annelerin %23.1'i ORS'nın ne olduğunu bildiği, %10.7'si sadece tuz-şeker karışımı olarak bildiği ama %66.2'sinin ORS hakkında hiçbir bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Tüm yaş grubundaki annelerin çoğunluğu ORS'nın ne olduğunu bilmediklerini ifade etmiştir. Çalışan annelerin evet biliyorum ve hayır bilmiyorum diyenlerin yüzdeleri eşittir (%45.3).



Çalışmayan annelerin ise %68.7'si ise bilmediklerini ifade etmiştir. ₺3300 ve altı geliri olan ailelerin çoğunluğu ORS'nın ne olduğunu bilmediklerini ifade etmiştir. ₺3301 ve üstü geliri olan ailelerin %43.3'ü ORS'nın ne olduğunu bildiklerini ifade ederken bilmediklerini ifade edenlerin yüzdesi de aynıdır. Annenin eğitim durumu ile çocukların annelerinin ORS'nın ne olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 4.18.** Çocukların Annelerinin ORS'nı Elde Etme Durumu

	Evde kendim hazırladım		Sağlık kurumu veya çalışanları verdi		Çevredekiler verdi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	72	42.4	93	54.7	5	2.9	170	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>								
19 ve altı	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0
20-24 yaş	3	23.1	8	61.5	2	15.4	13	100.0
25-29 yaş	11	34.4	21	65.6	0	0.0	32	100.0
30 ve üstü	58	46.4	64	51.2	3	2.4	125	100.0
$\chi^2=11.104$ $p<0.05$								
<b>Annenin Çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor	64	45.4	72	51.1	5	3.5	141	100.0
Çalışıyor	8	27.6	21	72.4	0	0.0	29	100.0
$\chi^2=4.833$ $p>0.05$								
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>								
Eğitimi yok	3	50.0	3	50.0	0	0.0	6	100.0
İlköğretim	43	42.6	54	53.5	4	4.0	101	100.0
Lise	13	38.2	21	61.8	0	0.0	34	100.0
Üniversite	13	44.8	15	51.7	1	3.4	29	100.0
$\chi^2=2.230$ $p>0.05$								
<b>Ailenin Gelir Durumu(₺)</b>								
₺803 ve altı	8	57.1	5	35.7	1	7.1	14	100.0
₺804-₺1000	21	39.6	31	58.5	1	1.9	53	100.0
₺1001-₺3300	35	40.7	48	55.8	3	3.5	86	100.0
₺3301 ve üstü	8	47.1	9	52.9	0	0.0	17	100.0
$\chi^2=3.680$ $p>0.05$								

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi ORS veren annelerin %42.4’ü ORS’ni evde hazırladığını, %54.7’si sağlık kurumu ve çalışanlarının verdiğini, %2.9’i ise çevresindekilerinin verdiğini ifade etmiştir. 20 ve üstü annelerin çoğunluğu ORS’ni sağlık kurumundan aldığını veya sağlık çalışanlarının verdiğini ifade etmiştir. Annenin eğitim durumu ve çalışma durumu ile annelerin ORS’ni elde etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailelerin gelir durumu ile annelerin ORS’ni elde etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 4.19.** Çocukların Annelerinin ORS'nı Evde Hazırlama Şeklini Bilme Durumu

	Doğru		Yanlış		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Grup	12	16.7	60	83.3	72	100.0
<b>Annenin Yaşı</b>						
19 ve altı	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20-24 yaş	0	0.0	3	100.0	3	100.0
25-29 yaş	3	27.3	8	72.7	11	100.0
30 ve üstü	9	15.5	49	84.5	58	100.0
$\chi^2=1.546$ $p>0.05$						
<b>Annenin Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	10	15.6	54	84.4	64	100.0
Çalışıyor	2	25.0	6	75.0	8	100.0
$\chi^2=0.450$ $p>0.05$						
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>						
Eğitimi yok	0	0.0	3	100.0	3	100.0
İlköğretim	6	14.0	37	86.0	43	100.0
Lise	2	15.4	11	84.6	13	100.0
Üniversite	4	30.8	9	69.2	13	100.0
$\chi^2=2.705$ $p>0.05$						
<b>Ailenin Gelir Durumu(₺)</b>						
₺803 ve altı	1	12.5	7	87.5	8	100.0
₺804-₺1000	1	4.8	20	95.2	21	100.0
₺1001-₺3300	7	20.0	28	80.0	35	100.0
₺3301ve üstü	3	37.5	5	62.5	8	100.0
$\chi^2=5.023$ $p>0.05$						

Tablo 4.19'da görüldüğü gibi evde ORS'nı hazırladıklarını ifade eden annelerin çoğunluğunun (%83.3) yanlış hazırladığı tespit edilmiştir. Çocukların annelerinin yaşı, eğitim durumu ve çalışma durumu ile ORS'nı evde hazırlama şeklini bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailelerin gelir durumu ile annelerin ORS'nı evde hazırlama şeklini bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

## 5.TARTIŞMA VE SONUÇ

### 5.1.Çocukların Aileleri ve Konutları İle İlgili Bulguların Tartışması

Araştırma kapsamına alınan çocukların annelerinin yaş ortalamaları 29.75 ( $\pm 6.216$ )'tir. Araştırmamızda annelerin %48.1'inin 20-29 yaş grubunda ve %41.5'inin 30-39 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 2008 TNSA sonuçlarında 15-49 yaş grubu kadınların, %29.6'sı 20-29 yaş grubunda ve %36.6'sı 30-39 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (34). Araştırmamızın 20-29 yaş grubu yüzdesi TNSA 2008 verisinden yüksek bulunmuştur. Gürbüz'ün 0-5 yaş grubu ishelli çocukların epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi ile ilgili çalışmasında annelerin %64.4'ü 20-29 yaş grubunda olduğu bulunmuştur (35).

Annelerden eğitimi olmayanlar %4, ilköğretim mezunu %63.2, lise mezunu olanlar %20.5, üniversite mezunu olanlar ise %12.3 olarak bulunmuştur. Babaların ise %0.4'ünün eğitimi yok, %47.3'ü ilköğretim mezunu, %34'ü lise mezunu, %18.3'ü üniversite mezunu olarak bulunmuştur(Tablo 4.2). 2008 TNSA verilerine göre annelerin %18'inin eğitimi yok ya da ilkokulu bitirmemiş, %48 ortaokul ve üstü eğitim almıştır (34). Araştırmamızda eğitimi olmayanların oranı TNSA 2008 verilerine göre oldukça düşük bulunmuştur. Bu olumlu bir sonuç olarak okur-yazar oranının arttığını göstermektedir. Bu sonuçları elde etmemizin nedeni, araştırmamızın büyük şehirde ve tıp fakültesine bağlı çocuk hastanesinde uygulanmış olmasından kaynaklanabilir. Tuna'nın bebeklerde ishal morbiditesi ile beslenme ve büyüme etkileşimleri adlı çalışmasında annelerin %68.4'ünün ilköğretim ve ortaokul mezunu olduğu, babaların %54.5'inin ilköğretim ve ortaokul mezunu olduğu görülmektedir (36). Bangladeş'te 1996 yılında yapılan bir çalışmada, anne eğitiminin ekonomik olanaklardan tamamıyla bağımsız olarak akut ishelli çocuğun hayatta kalmasını doğrudan etkilediği tespit edilmiştir (37). İstanbul'da 1983 yılında yapılan bir araştırmada annelerin eğitim düzeyi

düşüklüğü ile akut ishal arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (38). Sağlık alanında yapılan pek çok araştırma; eğitim durumunun, genel sağlık sorunlarında olduğu kadar ana sağlığı ve çocuk sağlığı konusunda da kadının bilgi, tutum ve davranışını etkileyen önemli bir faktör olduğunu kanıtlamaktadır (9).

Annelerin %89.5'i ev hanımı, %5.2'si memur, %5.2'si işçi, %0.2'si esnaftır. Babaların ise %12.9'u memur, %69.6'sı işçi, %12.3'ü esnaf, %4.4'ü çiftçi, kalan %0.8'i ise sırayla işsiz ve diğer (iş oldukça çalışan) grubundadır. Ülkemizde 2013 Haziran döneminde TÜİK verilerine göre işsizlik oranı %8.8 (2milyon 525bin kişi) seviyesindedir. İstihdam edilenlerin sayısı 26 milyon 319.000 kişidir (39). TNSA 2008 verilerine göre ise çalışan kadın sayısı %31'dir (34). Araştırmamızdaki çalışan anne oranı %10.6 ile TNSA 2008 verilerine göre düşük bulunmuştur. Gürbüz'ün 0-5 yaş grubunda ishalleri çocukların epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi ile ilgili araştırmasında annelerin %90'ı ev hanımı; babaların ise %35'i memur, %28'i işçi, %26'sı esnaf olarak bulunmuştur (35). Bu araştırmada ev hanımı olan anneler ile ilgili olarak elde edilen sonuç araştırmamızda elde ettiğimiz bulguyla hemen hemen aynıdır. Araştırma grubumuzdaki annelerin büyük çoğunluğu ev hanımıdır. Kadına gelir sağlayıcı/gelir artırıcı alanların oluşturulması ve sağlık programlarının özellikle çocuk sağlığıyla ilişkilendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Çocukların ailelerin %11.3'ü emekli sandığı, %70.8'i SSK, %8.5'i bağ kur, %6.8'i yeşil kart ve %2.6'sı sigortasızdır (Tablo 4.4). 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulmasından önce, çalışanlara sosyal güvenlik hizmeti üç farklı kurum tarafından verilmiştir. Farklı emeklilik sistemlerine sahip olan bu kurumlar; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'dur. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve T.C Emekli Sandığı Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 20.05.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı kanunla kurulmuştur. 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu kabul edilmiş ve 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir (40). Bu nedenle, çalışmamızda kadınlardan kendilerini daha önce kapsamı içinde yer aldıkları kurumlara göre sınıflandırmaları istenmiştir. Temmuz 2012 tarihinden itibaren Türkiye nüfusunun %86'sı sosyal sigortalar kapsamına alınmıştır (40). Gaziantep'te 1995 yılında, 0-5 yaş ishalleri çocuklar içerisinde yapılan bir araştırmada, herhangi bir sosyal güvencesi

olmayan ailelerdeki çocuklarda ishal olgularının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (41). Araştırma grubumuzdaki ailelerden sigortasız olanlar, Türkiye genelindeki sosyal güvence kapsamı dışında bulunanlardan düşük bulunmuştur. Ancak sigortasız olanların, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerin tedavi ücretlerinin fazla olduğunu düşünerek, araştırma yaptığımız kuruma zorunlu olmadıkça en azından doktor sevkli olmadan başvurmadıklarını düşünüyoruz.

Aylık geliri ₺803 ve altında olan aileler %13.3, ₺804-₺1000 olan aileler %36.2, ₺1001-₺3300 olan aileler %44.5, ₺3301 ve üstü olan aileler %6.0 olarak bulunmuştur. Ailenin aylık gelir ortalamaları ₺1501.39±992.320 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) tarafından, çalışanların geçim koşullarını ortaya koymak ve temel ihtiyaç maddelerindeki fiyat değişikliğinin aile bütçesine yansımalarını belirlemek amacıyla her ay düzenli olarak yapılan “açlık ve yoksulluk sınırı” araştırmasının 2013 Temmuz ayı sonuçlarına göre:

- Dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapması gereken gıda harcaması tutarı (açlık sınırı) ₺1.011,84 ,
- Gıda harcaması ile birlikte giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamaların toplam tutarı (yoksulluk sınırı) ise ₺3.295,89 lira olmuştur (42).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD=Organization for Economic Co-operation and Development) araştırmasına göre Türkiye’de ortalama hane geliri yıllık 13.044 dolar yani yaklaşık ₺23.500’dır. Bu da aylık ₺1.950’na denk gelmektedir (43). Türkiye’de yaklaşık 19 milyon aile yaşamaktadır. Ailelerin %1.2’sinin aylık geliri ₺5.600 ve üzeri, %3.8’inin aylık geliri ₺3.200-₺5.500, %16.5’inin aylık geliri ₺1.900-₺3.000, %16.9’unun aylık geliri ₺1.250- ₺1.870, %23.1’inin aylık geliri ₺815-₺1.200, %32.1’inin aylık geliri ₺450-₺810, %6.4’ünün aylık geliri ₺430 civarındadır. Araştırmadan çıkan bu veriler Türkiye’deki hanelerin %61.2’sinin ayda ₺1200 veya altında gelire hayatta kalmaya çalıştığını gözler önüne sermektedir (44). İstanbul’da 1983 yılında yapılan bir araştırmada, ailelerin gelir düzeyi ile akut ishal arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (38). Ülkemizdeki asgari ücret ve açlık sınırı göz önüne alındığında, araştırma grubumuzdaki ailelerin aylık gelir ortalaması yüksek

bulunmuştur. Bunun nedeni; araştırmamızı yapmış olduğumuz kurumun Kayseri'nin merkezinde bulunması ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu olduğu için sosyo-ekonomik koşulları ülke ortalamasından yüksek olan ailelerin başvurması olabilir.

Araştırmamızda çocukların ailelerin; %76.1'inin çekirdek, %20.9'unun geniş ve %3.0'ünün parçalanmış aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Ailedeki ortalama çocuk sayısı 2.1 ±1.0 olarak belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.16 doğumdur. TNSA 2008 verilerine göre evli olan kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.33'tür (34). Araştırmamızdaki ortalama yaşayan çocuk sayısı TNSA verileriyle hemen hemen aynıdır. TNSA 2008'e göre çekirdek aile yüzdesi 70.3'tür (34). Araştırmamızda elde edilen çekirdek aile yüzdesi TNSA 2008 verisinden yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, İç Anadolu Bölgesinde yer alan Kayseri ilinin ekonomik ve sosyal anlamda bölgedeki birçok ile göre kentleşme özelliği yüksek olduğundan kırsal aile yapısı yerini çekirdek aile tipine bıraktığı için olabilir. Türkiye'de doğurgan çağdaki kadınların eğitim düzeylerine göre halen sahip oldukları ortalama çocuk sayısı incelendiğinde, eğitim düzeyi düştükçe çocuk sayısının arttığı gözlenmektedir. Türkiye'de 15-49 yaş kadınların ortalama canlı doğum sayısı ikidir (31,45). Gaziantep'te 1995 yılında 0-5 yaş grubu ishali çocuklar içerisinde yapılan bir araştırmada, hane başına ortalama nüfus 5.08±2.05 olarak bulunmuştur (41). Kişinin bedensel ve ruhsal sağlığının sürekliliğinde olumlu bir aile çevresinin olması önemlidir (12).

Araştırmamızda ailelerin %27.8'i Kayseri ilinin merkezinde, %9.9'u çevre illerde, %55.5'i Kayseri'ye bağlı ilçelerde, %2.6'sı kasabada ve %4.2'si köyde yaşadığını ifade etmiştir. Araştırmamızdaki anneler yaşadıkları konutların %69.0'u apartman, %23.1'inin müstakil ve %8.0'inin gecekondulu olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya alınan ailelerin evlerinde; %96.8'inde mutfağın ayrı olduğu, %3.2'sininde ayrı bir mutfağının olmadığı belirlenmiştir. Araştırma grubumuzdaki annelerin, %77.1'i çeşmeden akan suyu içtiklerini ve %13.9'u hazır olarak satılan damacana suyunu aldıklarını ifade etmiştir. Araştırmamızda, konutlardaki tuvaletlerin %96.2'sinin ev içinde ve kanalizasyona bağlı olduğu, %2.0'sinin evin dışında kanalizasyona bağlı olmadığı ve %1.8'inin evin dışında ve kanalizasyona bağlı olduğu belirlenmiştir. Dünya genelinde tuvalet atıklarının uygun biçimde yok edilme oranının 1990 yılında %53'e yükseldiği ve bu konuda ülkeler arasında ve kırsal-kentsel alanlar arasında büyük

farklılıklar olduğu görülmüştür (11). Türkiye'deki hanelerin büyük çoğunluğu (%86) evin içinde bir tuvalete sahiptir. Türkiye genelinde modern temizlik olanaklarının kırsal alanlarda yeterli olmadığı, hanelerin %21'inin tuvaletinin yeterli atık sistemine sahip olmadığı, kırsal alanlarda açık veya kapalı çukur (%42 kapalı çukur, %15 açık çukur) kullanımının oldukça yaygın olduğu, kentsel alanlarda ise hanelerin çoğunluğunda (%95) kanalizasyona bağlı tuvaletlerin olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de konutların yaklaşık olarak %35'i şebeke suyu, %39'u damacana suyu ve %16'sı şebekeyle pınar suyu kullanmaktadır (34). Kentteki hanelerin %41'i ve kırsal alandaki hanelerin ise %53'ü şebeke suyunu içme ve kullanma suyu olarak kullandığı görülmektedir. Ancak kentte en yaygın (%49) içme suyu kaynağı damacana suyudur (34). Aynı zamanda, Türkiye genelinde yeterli sanitasyon olanaklarına sahip olan nüfus yüzdesi %62 olarak belirlenmiştir (11). Edirne'de 1987 yılında 0-6 yaş grubu içerisinde yapılan bir çalışmada her on çocuktan birinin evinde akar su ve buzdolabı olmadığı belirlenmiştir (46). Kayseri'de 1993 yılında 0-36 aylık çocuklarda yapılan bir araştırmada tuvaletinde akar su olmayan, tuvaleti evin dışında olan, evinde şebeke suyu olmayan ve evinde buzdolabı bulunmayan ailelerin çocuklarında akut ishalin daha fazla oranda görüldüğü ifade edilmiştir (47). Kenya'da yapılan bir çalışmada, hastanede ishal tedavisi gören beş yaş altı 862 çocuğun incelenmesi sonucunda, akut ishal için esas enfeksiyon bulaşma yollarının kirli içme suları olduğu ve bağırsak patojenlerinin fekal-oral yolla bulaşmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (48). İstanbul'da 1987 yılında, 0-4 yaş grubu çocuklar içerisinde yapılan bir çalışmada, yaz aylarında kirli su içen ve kullanan çocuklardaki ishaller hastalıkların temiz su içen ve kullananlara göre dört kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir (49). Su kirliliğinden 7-12 aylık çocukların daha çok etkilendiği belirlenmiştir. Yeterli ve temiz su temini ve dışkının uygun biçimde uzaklaştırılması ile ishaller hastalıkların ortanca değer olarak %59 oranında azaltılabileceği belirlenmiştir (49). 1996 yılında yapılan bir çalışmada, bakteriyolojik su analiz sonuçlarına göre, şebeke sularının %73.1'inin, tulumba sularının ise %26.9'unun kullanıma uygun olduğu, sadece şebeke suyu kullananlarda akut ishal morbidite hızının %2.6, hem şebeke hem de kuyu suyu kullananlarda ise %4.1 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (50). Sivas'ta 1991'de yapılan diğer bir araştırmada ise, suların klorlandığı Haziran-Temmuz aylarında köylerdeki ishal morbiditesinin, kontrol grubundaki köylerden %52.9 oranında düşük olduğu belirlenmiştir (51). 1999 yılında Kayseri'de yapılan bir araştırmada ailelerin



tuvaletlerinin %80'i kanalizasyona bağı olduğu ve bu oranın Türkiye genelinden düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aynı araştırmada ailelerin önemli bir kısmının (%20) tuvaletlerinde akan su olmadığı belirlenmiştir (35). Kişi sağlığı ile ilgili en önemli fiziksel etmenlerden biri sudur. Su ile bulaşan hastalıklar halk sağlığı açısından en tehlikeli olanlardır. Çünkü görüldükleri anda çok sayıda kişide birden görülmeleri ve epidemi yapmaları söz konusudur. Sağlıklı su temini ve atıkların uygun bir şekilde yok edilmesiyle su ile bulaşan hastalıkların önlenmesi sağlanabilir. Susuz bir çevrenin temiz ve sağlıklı olması mümkün değildir. Bulaşıcı hastalıkların azaltılması veya yok edilmesi için içme-kullanma sularının yeterli olması ve kontrol edilmesi gerekir (36). Araştırmamızda ailelerin yaşadığı konutlarda tuvaletlerin bulunma yüzdesi diğer yapılan araştırmalara göre yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin Kayseri ilinin gelişmiş büyükşehir olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

## **5.2. Çocuklarla İlgili Tanımlayıcı Bulguların Tartışması**

Araştırmaya alınan çocukların yaş ortalaması  $24.0 \pm 17.3$  aydır. Çocukların %30.8'i 0-11 aylık, %29.2'si 12-23 aylık, %13.9'u 24-35 aylık, %11.5'i 36-47 aylık, %10.1'i 48-59 aylık, %4.4'ü 60-71 aylık olarak bulunmuştur (Tablo 4.8). Adana'da 1996 yılında yapılan bir çalışmada, akut ishal olgularının 0-4 yaş grubunda sık görüldüğü belirlenmiştir (50). Gaziantep'te farklı sosyoekonomik düzeye sahip bölgelerde 0-5 yaş grubu akut ishalleri çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukların yaş ortalaması  $25.08 \pm 18.25$  ay olarak bulunmuştur (41). Kayseri'de 1993 yılında 0-36 aylık çocuklar üzerinde yapılan bir araştırmada; 25-36 aylık çocuklarda, diğer yaş grubundaki çocuklara göre, son üç aylık dönemde ishal görülme sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (47). Kayseri'de 1999 yılında yapılan bir araştırmada çocukların ilk iki yaş içerisinde ishal olma oranı %76.2 ile daha yüksek bulunmuştur. İshalleri çocukların yaş ortalamaları ise  $19.4 \pm 18.8$  ay olarak bulunmuştur (35). Araştırmamızda 0-11 aylık çocuklarda ishal daha fazla görülmüştür. Süt çocuklarında akut ishalleri daha sık görüldüğü bilinmektedir (17). Bu yaş gruplarında ishal olgularının fazla olmasının nedeninin anne sütünden ek gıdalara geçişin uygun şekilde düzenlenememesi olabileceğini düşünüyoruz.

Akut ishal olgularının %56.1'i erkek, %43.9'u kızdır (Tablo 4.9). Kayseri'de 1999 yılında yapılan araştırmada ishalleri erkek çocuklarda anlamlı ölçüde daha yüksek

bulunmuştur (35). Benzer şekilde araştırmamızda da erkek çocukların daha fazla ishal olduğu görülmektedir.

### **5.3. Çocukların Beslenmesi İle İlgili Bulguların Tartışması**

DSÖ bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü almalarını, 6 aydan sonra ek gıda ile birlikte emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (52). Çocukların %30.6'sı halen anne sütü alıyor, %61.6'sı bir süre anne sütü aldığı ama araştırmamızı yaptığımız sırada anne sütü almadığı ve %7.8'i ise hiç anne sütü almadığı saptanmıştır. Çocukların %36.8'ine inek sütü verildiği, geriye kalan %63.2'sine ise inek sütü hiç verilmediği saptanmıştır. Çocukların %31.4'üne hazır mama verildiği ayrıca %88.1'ine ise ek besinler verildiği saptanmıştır (Tablo 4.10). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de emzirme oldukça yaygındır, temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de tüm çocukların %97'si bir süre emzirilmiştir (34). Malatya'da bebeklerin beslenmelerinin büyüme ve gelişmelerine etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada bebeklerin %94.2'sinin emzirildiği belirlenmiştir (53). Kayseri'de 2005 yılında Tuna'nın yaptığı araştırmada bebeklerin %96.5'inin bir süre anne sütü aldığını %3.5'inin ise hiç anne sütü almadığı belirlenmiştir (36). Araştırmamızda çocukların %92.2'sinin bir süre anne sütü aldığı belirlenmiştir. İlk altı ay anne sütü verme oranı ise %67.3'tür. Bu oranın diğer araştırmalara göre düşük olması nedeniyle anne sütü üzerinde önemle durulması gerektiğini düşünüyoruz.

### **5.4. Çocukların Annelerinin İshal Hakkındaki Bilgisi İle İlgili Bulguların Tartışması**

Araştırma kapsamına alınan çocukların annelerinin; ishalin hastalık olup olmadığını bilme durumu incelendiğinde %89.5'i ishalin hastalık olduğunu ve %6.6'sı ise hastalık olmadığını ifade etmiştir. Annelerin yaşı ile ishalin hastalık olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailenin gelir durumu ile ishalin hastalık olup olmadığını bilme durumu arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Annelerin eğitim durumu arttıkça ishalin hastalık olduğunu söyleyen anne oranı da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır. Üniversite mezunu ve çalışan annelerin %100'ü ishalin hastalık olduğunu söylemiştir (Tablo 4.11). Annelerin eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve kadınlara yönelik iş olanaklarının artırılması gerektiğini düşünüyoruz.

Araştırmamızda annelerin %48.7'si ishalin bulaşıcı olduğunu düşünürken; %43.9'u ise ishalin bulaşıcı olmadığını düşünmektedir. Lise ve üniversite mezunu annelerin çoğunluğu ishalin bulaşıcı olduğunu söylerken; eğitimi olmayan ve ilköğretim mezunu olan annelerin çoğunluğu ishalin bulaşıcı olmadığını söylemiştir. 30 ve üstü yaş grubundaki annelerin çoğunluğu (%59.8) ishalin bulaşıcı olduğunu ama 29 ve altı yaşındakiler ishalin bulaşıcı olmadığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan çocukların annelerinin %78.7'si ishalin ölüme neden olduğunu düşünürken, annelerin %13.9'u ishalin ölüme neden olmadığını söylemiştir.. Annelerin eğitim durumu ve çalışma durumu ile ishalin ölüme neden olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailenin gelir durumu ile ishalin ölüme neden olup olmadığını bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin %47.0'si ishalin neden olduğu susuzluktan, %1.5'i kusmadan, %38.4'ü kanlı ishalden dolayı çocukların öldüğünü ifade ederken annelerin %13.1'i ise ishal olan çocukların neden öldüğünü bilmediklerini ifade etmiştir. Annelerin yaşı ile ishalin neden öldürdüğünü bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Eğitimi olmayan ve ilköğretim mezunu annelerin çoğunluğu ishalin, kanlı ishalden dolayı öldürdüğünü ifade etmiştir. Lise ve üniversite mezunu annelerin çoğunluğu susuzluktan dolayı ishalleri çocukların ölebileceğini ifade etmiştir. Gelir durumu ₺1000 ve altı olan annelerin çoğunluğu çocukların kanlı ishalden dolayı öldüklerini ifade etmiştir. Gelir durumu ₺1001 ve üstü olan annelerin çoğunluğu ishalleri çocukların susuzluktan dolayı öldüğünü ifade etmiştir. Sosyal güvencesi olan annelerin çoğunluğu ishalleri çocukların susuzluktan dolayı öldüklerini ifade etmiştir. Eğitimi olmayan ve ilköğretim mezunu olan annelerin ishal ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca gelir durumu düşük olan annelerin de ishal ile ilgili bilgilerin yetersiz olduğunu düşünüyoruz.

Araştırmamızda çocukları ishal olduğunda evde herhangi bir uygulama yapmadan hemen acil servise getiren anne oranı %44.7'dir. Araştırmamızın yapıldığı Erciyes Üniversitesi Çocuk Acil Servisi'ne gelene kadar geçen sürede, anne sütü veren 154 annenin 135'inin çocuğuna anne sütü vermeye devam ettiği belirlenmiştir. Yaptığımız araştırmada annelerin %25.6'sının çocuğuna ishal olduğunda bol sıvı verdiği belirlenmiştir (Tablo 4.15). TNSA 2008 verilerine göre kanlı ishal vakalarının yüzde

70'i, diğer vakaların ise yüzde 46'sı sağlık kuruluşuna başvurmuştur. İshali olan çocukların %27'sine verilen sıvı miktarında değişiklik yapılmadığı, yüzde 49'una verilen sıvı miktarının arttırıldığı ve %16'sına verilen sıvı miktarının azaltıldığı belirlenmiştir. Vakaların yalnızca %6'sına ishal öncesine göre daha çok katı gıda verilirken, yarısından fazlasında da verilen katı gıda miktarı azaltılmıştır (34). Saltık ve Yorulmaz'ın yapmış olduğu çalışmada, araştırma tarihinden önceki iki hafta içinde ishali olan çocukların yalnızca %17'sinin uygun biçimde beslenildiği belirlenmiştir. Genel olarak, vakaların %22'si ishal dönemi süresince uygun miktarda katı ve sıvı gıda veya herhangi bir ağızdan sıvı tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, emzirilirken ishal olduğu için anne sütü verilmeyen çocukların oranı %26.9 olarak belirlenmiştir (54). Kayseri'de 1993 yılında 0-36 aylık çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, çocuğun ishal olması durumunda annelerin %96.4'ü bol su verdiğini, %79.9'u ishal diyeti uyguladığını ifade etmiştir. Ayrıca aynı çalışmada annelerin %13.3'ü ishal başladığında emzirmeye ara verdiklerini ifade etmiştir (47). Kayseri'de 1994 yılında SSK Hastanesi Çocuk Servisine yatırılan 0-4 yaş grubu çocuklar içerisinde yapılan bir çalışmada, annelerin eğitim düzeyi arttıkça ishalleri çocuğa sıvı verilmesi yönündeki tutumun artış gösterdiği görülmüştür. Aynı çalışmada annelerin %7.4'ü, ishali arttıracığı nedeniyle ishalleri çocuklara sıvı verilmemesi gerektiğini belirtmiştir (55). Gaziantep'te 1995 yılında yapılan bir çalışmada, araştırma kapsamındaki kadınların %65'i ishal olan çocuğu emzirmeye devam edeceklerini ifade etmiştir. "İshalleri çocuğa bol su ve sulu gıdalar verilmesi gerekir." diyenlerin oranı ise %79.5 olarak bulunmuştur (56). Gaziantep'te 1995 yılında 0-5 yaş grubu ishalleri çocuklarda yapılan başka bir çalışmada, ishal olan çocukların %67.1'inin sıvı gıda alımının arttırıldığı ve annelerin %23.7'sinin çocuğuna verdikleri sıvıda artış yapmadığı, annelerin %9.2'sinin ise verdikleri su ve sıvı miktarını azalttıkları veya "bilmiyorum" yanıtını verdikleri görülmüştür. Aynı çalışmada ishale yakalandığı sırada anne sütü alan çocukların annelerinin %82.7'sinin çocuğun emzirilmesinde bir değişiklik yapmadığı belirlenmiştir. Annelerin %10.3'ünün emzirme sayısını arttırdığı, %6.8'inin ise emzirmeyi kestiği belirlenmiştir (41). Kayseri'de 1999 yılında Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi'ne başvuran 0-5 yaş grubu çocuklar arasında yapılan bir çalışmada, annelerin %97'si çocuğu ishal olunca verdiği sıvıları arttırdığını ifade etmiştir. Ayrıca araştırma grubunda halen çocuğunu emziren annelerin hepsi, çocuğu ishal olunca emzirmeye devam ettiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra daha önce

emzirmeyi kesmiş olan iki anne (%1.2), çocuğu ishal olunca yeniden emzirmeye başlamıştır (35). Kayseri’de 2005 yılında yapılan araştırmada, çocukların annelerinin %99.1’i ‘‘bebek ishal olduğunda anne sütü verilir’’ ifadesinde bulunmuştur. Annelerin yine %98.8’i ‘‘bebeğe su verilir’’ ifadesinde bulunmuştur (36). Baykan ve Maral’ın çalışmasında, annelerin %91.1’inin çocuk ishal olduğunda verdiği sıvı miktarının artırılması gerektiğini ve %82.3’ünün emzirmeye devam edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (57). Tümer ve Uysal’ın çalışmasında ishalleri bebeğe anne sütü ve sıvı verilmesi gerektiğini bilenlerin oranı sırasıyla %65 ve %79.5 olarak belirlenmiştir (58). Ulaş ve ark. çalışmalarında annelerin %55.7’si sıvı alımını desteklediği, %37.4’ü sağlık kurumuna başvurdukları belirlenmiştir (59). Şanlıer ve AYTEKİN 2004 yılında yaptığı çalışmada; annelerin %53.3’ünün çocukları ishal olduğunda haşlanmış patates ve pirinç lapası verdiği, annelerin %60.9’unun da bol sıvı verdiği saptanmıştır (60). Energin ve ark. yaptığı çalışmada, annelerin %93.6’sının çocukları ishal olduğunda sıvı gıdaları artırdığı belirlenmiştir (61). İshalleri olan çocuklarda dehidratasyon bulgusu yoksa verilen sıvı miktarı artırılarak ve beslenmelerine dikkat edilerek evde tedavi edilebilirler. İshalde temel amaç kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin karşılanmasıdır. Özel durumlar dışında ilaç kullanılmaması, su ve tuz kayıplarının oral sıvı tedavisi ile karşılanması ve beslenmenin erken başlatılması önemlidir. Yine ishalleri olan çocuğa pirinç lapası, haşlanmış patates, şeftali gibi yiyeceklerin verilmesi ishallerin süresini ve dışkılama sıklığını azaltır (62).

Araştırma grubumuzdaki 154 annenin 19’unun çocukları ishal olduklarında anne sütünü vermemesi, diğer araştırmalara oranla çok yüksek bulunması, olumsuz bir sonuçtur. Aynı zamanda annelerin %74.4’ü verdikleri sıvı miktarını arttırmadıklarını ifade etmiştir. Bu oran da diğer araştırmalara göre yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda annelerin çocukların beslenmesini düzenlemek ve sıvı alımını artırmak yerine sağlık kurumuna götürmeyi daha yüksek oranda seçtikleri görülmektedir. Bu sonuç annelerin çocukları ishal olduğunda ne yapmaları gerektiğini bilmediklerini göstermektedir.

İshal hakkındaki bilgilerini nereden öğrendikleri ile ilgili soruya annelerin %19.3’ü kitle iletişim araçlarından (televizyon, radyo, gazete, dergi, internet), %49.1’i çevresindekilerden (sağlık çalışanı olmayan anne, kaynana, komşu ve arkadaş) ve %31.6’sı sağlık kurumu veya çalışanlarından (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru) öğrendiğini söylemiştir. 29 ve altı yaşındaki annelerin çoğunluğu ishal hakkında

bildiklerini çevresindekilerden, 30 ve üstü yaşındaki anneler ise sağlık kurumundan veya çalışanlarından öğrendiklerini ifade etmiştir. Tümer ve Uysal'ın Muğla'da 0-5 yaş grubu çocuğu olan anneler üzerinde yaptığı araştırmada; annelerin %66'sının ishale ilgili bilgi aldığı, bilgi kaynakları arasında ilk sırada hekimlerin olduğu, bunu hemşire ve ebelerin izlediği bulunmuştur (58). Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise annelerin %35.9'unun ebeden, %17.6'sının doktordan bilgi aldığı belirlenmiştir (47). Tuna'nın Kayseri'de yaptığı çalışmada annelerin %47.4'ü ishale ilgili bilgi aldıkları; bu annelerin %47.5'inin doktordan, %40.5'inin ebe-hemşireden, %12.0'sinin diğer kaynaklardan bilgi aldığı tespit edilmiştir (36). Araştırmamızın sonucuna göre annelerin çoğunluğu ishal hakkında bildiklerini çevresindekilerden öğrendiği için bu konudaki bilgilerinin yetersiz veya yanlış olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca sağlık personeline; yapılacak hizmet içi eğitim programlarında ishal ile ilgili bilgi verilmesi ve sağlık personelinin bu bilgileri annelere aktarmasının önemle vurgulanması gerektiğini düşünüyoruz.

### **5.5. Çocukların Annelerinin ORS Hakkındaki Bilgileri İle İlgili Bulguların Tartışması**

Araştırma grubumuzdaki annelerin; %23.1'i ORS'nın ne olduğunu bildiği, %10.7'si sadece tuz-şeker karışımı olarak bildiği ama %66.2'sinin ORS hakkında hiçbir bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Tüm yaş grubundaki annelerin büyük çoğunluğu ORS'nın ne olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Çalışmayan annelerin %68.7'si, çalışan annelerin %45.3'ü (bilenlerin oranı da %45.3'tür) ORS'nın ne olduğunu bilmemektedir. ₺3300 ve altında geliri olanların çoğunluğu, ₺3301 ve üstü geliri olanların %43.3'ü (bilenlerin oranı da %43.3'tür) ORS'nın ne olduğunu bilmemektedir (Tablo 4.17). Gaziantep'te 1995 yılında yapılan bir çalışmada, tüm kadınların %73'ünün AŞTE'ni bildiği belirlenmiştir (56). Tümer ve Uysal'ın 2004 yılında yaptıkları çalışmada annelerin %50.7'sinin ORS'nı bildiği belirlenmiştir. Ancak annelerin %18.9'unun çocukları ishal olduğunda ORS'nı kullandığı belirlenmiştir (58). Araştırmamızda ORS'nı bilme oranı diğer araştırmalara göre düşük bulunmuştur. Annelere ishalde ORS kullanımının önemi ve özellikle evde ORS'nın nasıl hazırlandığı anlatılmalı ayrıca bu konuda annelerden geri bildirim alınması gerektiğini düşünüyoruz.

ORS veren annelerin; %42.4'ü ORS'nı evde hazırladığını, %54.7'si sağlık kurumu ve çalışanlarının verdiğini, %2.9'i ise çevresindekilerinin verdiğini ifade etmiştir. 20 ve üstü annelerin çoğunluğu ORS'nı sağlık kurumundan aldığını veya sağlık çalışanlarının verdiğini ifade etmiştir. Annenin eğitim durumu ve çalışma durumu ile annelerin ORS'nı elde etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ailelerin gelir durumu ile annelerin ORS'nı elde etme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.18). Evde ORS'nı hazırladıklarını ifade eden annelerin çoğunluğunun (%83.3) yanlış hazırladığı tespit edilmiştir (Tablo 4.19). Tuna'nın Kayseri'de yapmış olduğu araştırmada ishal tozu kullanan annelerin; %59'u resmi sağlık kurumundan, %18'i özel sağlık kurumlarından, %15'i doğrudan eczanelerden temin ettiklerini belirtmişlerdir. Annelerin %8'i ise evlerinde daha önceden var olan ishal tozu paketlerini kullandıklarını belirtmişlerdir (36). Gaziantep'te 1995 yılında 0-5 yaş grubu ishalleri çocuklarda yapılan başka bir araştırmada annelerin; %33'ünün sağlık ocağından, %33.3'ünün eczanelerden, %5.5'inin ise hastane ve özel doktordan ishal tozu paketlerini temin ettikleri belirlenmiştir (41). Bozdemir ve Akın'ın yaptığı araştırmada ise, sağlık kuruluşlarına başvuran çocukların %34.2'sine AŞTE paketi önerildiği belirlenmiştir (63). Fransa'da 10±6 ay olan 326 çocuğun üzerinde yapılan bir araştırmada, çocukların %35'inin hastaneye başvurmadan önce ORS kullandıkları belirlenmiştir (64). Gaziantep'te 1995 yılında yapılan bir çalışmada, tüm kadınların %73'ü AŞTE'ni bildiği belirlenmiştir (56). Kayseri'de 1993 yılında 0-36 aylık çocuklarda yapılan bir araştırmada çocuğuna ishal tozu veren annelerin; %52.2'sinin sağlık ocağından, %15.6'sının eczanelerden ve %11.7'sinin ebeden temin ettiklerini, %22.1'inin ise evlerinde kendilerinin hazırladığı belirlenmiştir (47). Edirne'de 1987 yılında 0-6 yaş grubu ishalleri çocuklar içerisinde yapılan bir araştırmada, ishalleri çocukların %43'ünde ORS kullanıldığı bulunmuştur. Yine aynı araştırmada, ORS paketlerinin sağlanma kaynakları içerisinde sağlık ocakları %18.5, eczaneler %26.6, hastaneler %11.4, özel doktor reçetesi ile %16.3, Ana Çocuk Sağlığı Dispanserleri %1.1, komşu-arkadaş %1.1, evde hazırlayarak %18.5 olarak bulunmuştur (46). Araştırmamızın sonucuna göre; diğer basamaklardaki sağlık hizmetlerinde (birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri) ishal tedavisine yönelik kitlesel uygulamaların, özellikle ORS kullanımının yaygınlaştırılmasının yeterli düzeyde olmadığını düşünüyoruz.

0-5 yaş arası akut ishalli 503 çocuğu kapsayan bu araştırmada elde edilen sonuçlar;

1. Araştırma kapsamına alınan çocukların büyük çoğunluğu 0-23 aylıktır. Anne sütü alma oranı %92.2 iken ilk altı ay anne sütü alma oranı %67.3 olarak saptanmıştır.
2. Çocukların anneleri daha çok ilköğretim mezunu ve ev hanımıdır. Annelerin %4'ü hiç eğitim almamıştır. Babaların çoğunluğu işçi ve ilköğretim mezunudur.
3. Çocukların ailelerinin %97.4'ünün sigortalı olduğu ve çoğunluğun gelirinun 1001-3300 olduğu saptanmıştır.
4. Çocukların ailelerin %76.1'i çekirdek aile tipindedir. İki çocuk sahibi annelerin oranı %37.4'tür.
5. Ailelerin büyük bir kısmının oturduğu konut apartman dairesidir. Çoğu ailenin yaşadığı yerin ayrı mutfağı olup tuvaleti evin içinde kanalizasyona bağlıdır. Annelerin çoğunluğu içme suyu olarak şebeke suyunu kullanmakta ve çöplerini mutfakta toplamaktadır.
6. Annelerin %44.7'si çocukları ishal olduğunda hemen doktora götürdüklerini, %25.6'sı ise bol sıvı verdiklerini belirtmiştir. Anne sütü veren annelerin çoğunluğu çocukları ishal olduğunda anne sütü vermeye devam ettiklerini belirtmiştir.
7. Annelerin çoğunluğu ishalin hastalık olduğunu, %48.7'si ishalin bulaşıcı olduğunu, %78.7'si ishalin ölüme neden olduğunu, %47.0'si ishal olan çocukların susuz kaldığı için öldüklerini, %2.4'ü çocukları ishal olduğunda ORS verdiklerini, %66.2'si ORS'nın ne olduğunu bilmediklerini, ORS kullananların %42.4'ü evde kendilerinin hazırladığını ve %49.1'i ishal hakkında bildiklerini çevresindekilerden öğrendiğini ifade etmiştir.
8. Üniversite mezunu ve çalışan annelerin çoğunluğu ishalin bir hastalık olduğunu bilmektedir. Üniversite mezunu annelerin çoğunluğu ishalin bulaşıcı olduğunu bilmektedir. Annelerin yaşı arttıkça ishalin bulaşıcı olduğunu bilen anne sayısı da artmaktadır, bu yüzden 30 ve üstü yaş grubundaki annelerin oranı diğer gruplara göre daha fazladır.
9. 30 ve üstü yaş grubundaki annelerin çoğunluğu ishalin ölüme neden olabileceğini bildiklerini belirtmişlerdir.
10. Çalışmayan annelerin büyük çoğunluğu ORS'nın ne olduğunu bilmemektedir.



**Araştırmada belirlenen sonuçlar göz önüne alınarak şu önerilerde bulunabiliriz:**

1. Toplumun sosyokültürel ve ekonomik düzeyinin yükseltilmesi çalışmalarına paralel olarak, özellikle kadınların eğitim düzeyleri yükseltilmelidir. Kadınlara gelir sağlayıcı/gelir artırıcı iş olanakları sunulmalıdır.
2. Çocuğa yapılacak yatırımın geleceğe yapılacağı konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.
3. Annelere gebelik döneminde başlanıp doğumu izleyen günlerde de devam etmek üzere anne sütünün ve emzirmenin önemi hakkında eğitim verilmelidir.
4. Basın-yayın kuruluşları ve eğitim kurumlarında ishal ile ilgili bilgilerin verilmesi sağlanmalı.
5. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşire ve ebe başta olmak üzere alanında uzman sağlık çalışanları gerek ev ziyaretlerinde gerekse poliklinik hizmetleri sırasında öncelikli eğitim seviyesi düşük olan anneler olmak üzere tüm annelere ishalin öldürücü bir hastalık olduğunu, nasıl bulaştığını, tedavisini, anne sütünün ishale karşı koruyucu etkisinin olduğunu, bol sıvı verilmesi gerektiğini, ORS verilmesini ve nasıl hazırlandığını anlatması sağlanmalıdır.

## 6.KAYNAKLAR

1. United Nations, World Population Prospects The 2012 Revision, Key Findings and Advance Tables, UN, New York, 2013:1-4.
2. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, Sayılarla Dünya Çocuklarının Durumu, UNICEF, New York, 2014:1-35.
3. WEB\_1. (2014). Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi. [http://www.tuik.gov.tr/preTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/preTablo.do?alt_id=1059) (13.05.2014).
4. WEB\_2. (2014). Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm istatistikleri 2013. [www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16050](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16050) (13.05.2014).
5. WEB\_3. (2014). World Health Organization. Under five mortality. [apps.who.int/gho/data/node.main.525](http://apps.who.int/gho/data/node.main.525) (13.05.2014).
6. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık araştırması 2012, TÜİK, Ankara 2013:3.
7. Taşar A. Ağızdan Sıvı Tedavisi. Klinik pediatri 2003;2:52-58.
8. WEB\_4. (2013). T.C İstanbul valiliği İstanbul halk sağlığı müdürlüğü. İshalli hastalıkların önlenmesi ve ağızdan sıvı tedavisi haftası. [www.istanbulhalksagligi.gov.tr/haber/ishalli\\_hastaliklarin\\_onlenmesi\\_ve\\_agizdan\\_sivi\\_tedavisi\\_haftasi](http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/haber/ishalli_hastaliklarin_onlenmesi_ve_agizdan_sivi_tedavisi_haftasi) (13.05.2014).
9. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997: ss 159-182.

10. Günay O. Çocuk Sağlığı, In:Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Eriyes Üniversitesi Yayınları No:172, Kayseri, 2011: ss 627-666.
11. The State Of The World's Children 1998, Focus on Nutrition, UNICEF, Oxford University Pres, 1998: 93-126.
12. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), II. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993: ss 350-360.
13. Kaymakoğlu S. İshaller, İçinde: Büyükoztürk K. (ed) İç Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2007: ss 855-863.
14. Bryce J, Victora C.G, Habicht J.P, Vaughan J.P, Black R.E. The Multi-Country Evaluation of Integrated Management of Childhood İllness Strategy: Lessons for the Evaluation of Public Health İnterventions. Am J Public Health. 2004; 94: 406-415.
15. Neyzi O, Ertuğrul T. Akut İshaller, In:Pediatri 2, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002: ss 775-782.
16. Ulutan F. Akut ishaller hastaya yaklaşım, In: Topçu A.W, Söyletir G, Doğanay M. İnfeksiyon Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1996: ss 599-618.
17. Arı A. Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi, IV. Baskı, 1982: ss 113-130.
18. Pekus M.(çeviri), İshal, In:The Merck Manual Teşhis/Tedavi El Kitabı, Cilt:1, Merk Yayıncılık, İstanbul, 1987: ss 577-578.
19. Uzunismail H. Kronik Diyare, In: Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A.Cerrahpaşa İç Hastalıkları, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007: ss 816-818.
20. Akın L. Su ve besinlerle bulaşan hastalıkların kontrolü, In:Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006: ss 905-913.
21. Bekte K, Lampert F, Riegel K. Temel Pediatri. George Thieme Verlag, Stuttgart, New-York, 1978:51-53.
22. Dünya Sağlık Teşkilatı İshaller Hastalıkların Kontrol Programı, İshallerin tedavisi, 1993:1-54.
23. Gülden K, Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2000; ss 325-358.
24. Neyzi O. Pediatri 1, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1993: ss 472-478.

25. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler, T.C. Sağlık Bakanlığı, İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Unicef Türkiye Temsilciliği, Ankara, 1992:374-390.
26. Öztürk R. Akut Diyare, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, ss 27-56, 11-12 Ocak 2011, İstanbul.
27. Haznedaroğlu D. Sağlık Bakanlığı İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni,1994; 15:11.
28. Uğur S, Uzel N. İlimiz Kentsel ve Yarı-Kentsel Bölgelerinde Akut İshal Olgularında Oral Rehidratasyon Solüsyonlarının Kullanımı, İstanbul Halk Sağlığı Bülteni, 1988;2:4-6.
29. The Work of Who İn The European Region1987, annual Report of the Regional Director. WHO, Regional Office for Europe Copenhagen, 1988:26-27.
30. Topçuoğlu H, Haznedaroğlu D. Türkiye’de çocuk sağlığının genel durumu, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 115-116, 1998, Adana.
31. Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi, UNICEF, 1996:157-160.
32. 1994 Türkiye Ölüm İstatistik Yıllığı, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü,1996.
33. WEB\_5.(2014). Erciyes Üniversitesi. <http://www.çocukhast.erciyes.edu.tr>. (04.06.2014).
34. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Demographic and Health Surveys Macro International Inc, 2009:17-184.
35. Gürbüz T. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi’ne başvuran 0-5 yaş grubu ishalli çocukların epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri 1999:58-59.
36. Tuna R. Bebeklerde ishal morbiditesi ile beslenme ve büyüme etkileşimleri, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2005:58.
37. Mahalanabis D, Faruque AS. Maternal education and family income as determinants of severe disease following acute diarrhoea in children: a case control study. Journal of Biosocial Science 1996; 28:129-39.

38. Kurdoğlu G. Son beş senedeki kliniğimizde takip edilen akut gastroenteritlerin zellikleri, In:Çocuklarda Bakteriyel Enfeksiyonlar, Türk Pediatri Kurumu Yayınları, İstanbul, 1983: ss 209-214.
39. Uşan M. F. Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları, 2. Baskı, Ankara 2009:12.
40. Alper Y, Değer , Sayan S. 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim:Sosyal Güvenlik (Emeklilik) Sistemine Bakış, TÜSİAD, 2012:66-97.
41. Bozkurt A. İ, zgr S, zırpıcı B. Gaziantep'te farklı sosyoekonomik bölgelerde beş yaş altı çocuklarda ishal görülme sıklığı, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 433-435, 1998, Malatya.
42. WEB\_6. (2013) Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu.  
<http://www.turkis.org.tr/index.snet?wapp=52521E5F-FCA5-4BDD-940D-A284DA6F151D&catCode=gida> (15.11.2013).
43. WEB\_7. (2014) OECD iLibrary. lke İstatistiksel Profili: Türkiye 2013.  
<http://www.oecd.ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-turkey=20752288-tablo-tur> (04.05.2014).
44. WEB\_8. (2014) TDER. Tüketiciler Derneği.  
<http://www.tuketicilerdernegi.org.tr/gorusler/dikine/tuketiciyi-karta-krediye-mahkum-edenler-utansin/> (15.05.2014).
45. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü ve Macro International Inc: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 n Rapor, Ankara 1998:8-23.
46. Saltık A, Yorulmaz F, Keleş F. ve ark. 0-6 yaş grubu çocuk ishallerine ilişkin medikososyal zellikler. Sendrom 1992; 4: 63-67.
47. Çetinkaya F, Aykut M, Kocagl A. ve ark. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda ishal morbiditesi ve annelerin ishal konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi/J.Nutr and Diet.1994;23:7-20.
48. Saidi SM, Iijima Y. Epidemiological study on infectious diarrheal diseases in children in a coastal rural area of Kenye. Microbiology&Immunology 1997;41:773-8.

49. Akman N, Güray Ö. İstanbul-Avcılar sağlık ocağı bölgesinde 0-4 yaş grubu çocuklarda ishali hastalıkların ikişer haftalık insidans hızları ve bu hastalıkların görülüşünde içme ve kullanma suyu kirliliğinin önemi. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 1990; 11: 18-23.
50. Aytaç N, Apan E. Yunuzoğlu beldesinde şebeke suyu ile tulumba sularının karşılaştırılması ve enteritle ilişkisinin araştırılması. Erciyes Tıp Dergisi 1997;19:168-174.
51. Koçoğlu F, Özgür S, Polat H. Kırsal bir bölgede içme sularının klorlamakla ishal vakaları ne ölçüde önlenir. Doğa Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 1991; 15:331-335.
52. World Health Organization, Global Strategy For Infant And Young Child Feeding, UNICEF, New York, 2003:5-13.
53. Ok Ş. Malatya İl Merkezinde Bebeklerin Beslenmelerinin Büyüme ve Gelişmelerine Etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 1999:100-150.
54. Saltık A, Yorulmaz F. Çocuk Gastroenteritlerine İlişkin Epidemiyolojik Parametreler. Sendrom 1991;3:34-39.
55. Turan Ü, Öztürk A, Öztürk Y. Kayseri SSK Hastanesi Pediatri Servisine kabul edilen 0-4 yaş grubu çocukların halk sağlığı açısından değerlendirilmesi, IV. Halk Sağlığı Kongresi, ss:429-432, 12-16 Eylül 1994, Didim.
56. Bozkurt A İ, Özgür S. Gaziantep'te farklı sosyoekonomik bölgelerde yaşayan evli kadınların ishal konusunda bilgi düzeyleri, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss:428-429, 1996, İstanbul.
57. Baykan Z, Maral I. Ankara İli Gölbaşı İlçesinde 0-60 Aylık Çocuğu Olan Annelerin İshal Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Çocukların Son İki Hafta İçindeki İshal Prevelansı. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2001;10:125-132.
58. Tümer A, Uysal SD, Annelerin İshale İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları IX. Halk Sağlığı Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, ss:134, 3-6 Kasım 2004, Ankara.
59. Ulaş S.C, Çetinkaya A.Ç, Özmen D, Çevik K. 0-6 yaş çocuklarda ishal olmayı etkileyen etmenler ve annelerin ishal konusundaki bilgi düzeyleri. Sted 2012;21:236-243.
60. Şanlıer N., Aytekin F. 0-3 yaş grubunda çocuğu bulunan annelerin beslenme ve ishal konusunda bilgi ve davranışlarının incelenmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2004; 24:81-100.

61. Energin V.M, Ünal E, Kaya Ü, Baysal T, Köksal Y, Reisli İ. Bir üniversite hastanesine başvuran çocuk hastaların annelerinin ishal hakkındaki bilgi düzeyleri. Selçuk Tıp Dergisi 2007; 23:69-75.
62. Set T. Birinci basamakta akut ishalleri çocuğa yaklaşım, Aile Hekimliği Dergisi 2007; 1:64-70.
63. Bozdemir N, Akın L. Adana ilinde ishal tedavisinde ağızdan AŞTE kullanımı, I. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongresi, ss:47, 20-22 Haziran 1989, Sivas.
64. Martinot A, Dumonceaux A. Evaluation of the ambulatory treatment of acut diarrhea in infants. Archives de Pediatrie 1997;4:832-8.

## **EKLER**

### **0-5 Yaş İshalli Çocuğu Olan Annelerin Bilgi, Tutum ve Davranışlarını Belirlemek İçin Anket Formu**

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim dalı, Yüksek Lisans Programı kapsamında, Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi Acil Kliniğine Başvuran annelerin ishal konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim. Bilgilendirildim ve araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ettim.

(Kimlik bilgilerinin doldurulması isteğe bağlıdır.)

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmza:

Gülhan TÜRK

Yüksek Lisans Öğrencisi

E-mail: gulh\_turk@hotmail.com

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Osman CEYHAN



## 0-5 YAŞINDA İSHALLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN İSHAL KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Tarih:

Anket no:

1) Annenin yaşı:

2) Annenin eğitim durumu: 1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul mezunu  
4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Üniversite mezunu

3) Annenin mesleği: 1.Ev hanımı 2.Memur 3.İşçi  
4.Esnaf 5.Diğer.....(belirtiniz)

4) Babanın eğitim durumu: 1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul mezunu  
4.Ortaokul mezunu 5.lise mezunu 6.Üniversite mezunu

5) Babanın mesleği: 1. Memur 2.İşçi 3.Esnaf  
4. Çiftçi 5.İşsiz 6.Diğer.....(belirtiniz)

6) Ailenin aylık geliri:.....(belirtiniz)

7) Sosyal güvence: 1.Emekli sandığı 2.SGK 3.Bağ-kur  
4.Yeşil kart 5.Sigortasız 6.Diğer.....(belirtiniz)

8) Yaşadığı yer: A) 1.Çevre iller B) 1.Apartman dairesi  
2.İl merkezi 2.Müstakil ev  
3.İlçe 3.Gecekondu  
4.Kasaba  
5.Köy

9) Evdeki oda sayısı(salon dahil):.....(belirtiniz)

10) Evde kimlerle yaşıyorsunuz?

1.Çekirdek aile (eşi ve çocuklarıyla)

2.Geniş aile (anne, baba, kaynana, kayınbaba, akrabalarla)

3.Parçalanmış aile (eşinden boşanmış)

11) Evde ayrı bir mutfak var mı? 1.Evet 2.Hayır

12) İçme suyu olarak hangisini kullanıyorsunuz?

- 1.Şebeke suyu                      2.Kaynatılmış su                      3.Hazır damacana suyu  
4.Arıtılmış su                      5.Kaynak su

13) Tuvalet koşulları nasıldır?

- 1.Ev içinde kanalizasyona bağlıdır.  
2.Ev dışında kanalizasyona bağlı değildir. Kuru çukur şeklindedir.  
3.Kanalizasyona bağlı değildir. Sulu çukur şeklindedir.  
4.Ev dışında kanalizasyona bağlıdır.  
5.Diğer.....(belirtiniz)

14) Çöpleri nerede biriktirirsiniz?

- 1.Mutfakta  
2.Balkonda  
3.Evin dışında.....(belirtiniz)  
4.Diğer.....(belirtiniz)

15) Çöpler ev dışında ne sıklıkla toplanıyor?

- 1.Her gün  
2.Haftada 2-3 kez  
3.Haftada 1 kez  
4.Diğer.....(belirtiniz)

16) Sebze ve meyveleri nereden alıyorsunuz?

- 1.Pazardan  
2.Marketten  
3.Kendi bahçemde yetiştiriyorum  
4.Manavdan  
5.Diğer.....(belirtiniz)

17) Sebze ve meyveleri yıkar mısınız?

- 1.Evet şebeke suyuyla  
2.Evet sirkeli suyla  
3.Evet diğer.....(belirtiniz)  
4.Bazen  
5.Hayır

18) Kaç çocuğunuz var?.....(belirtiniz)

19) 0-5 yaşlarında kaç çocuğunuz var? 0-1 yaş arası.....tane çocuğum var(belirtiniz)

1-2 yaş arası.....tane çocuğum var(belirtiniz)

2-3 yaş arası.....tane çocuğum var(belirtiniz)

3-4 yaş arası.....tane çocuğum var(belirtiniz)

4-5 yaş arası.....tane çocuğum var(belirtiniz)

5 yaşından büyük.....tane çocuğum var(belirtiniz)

20) 0-5 yaşında ölen çocuğunuz oldu mu? 1.Evet 2.Hayır(23. soruya geçiniz)

21) 0-5 yaşında kaç çocuğunuz öldü?.....(belirtiniz)

22) 0-5 yaşındaki çocuğunuz ishalden mi öldü? 1.Evet 2.Hayır

23) Sizce ishal bir hastalık mıdır?

1.Evet, ishal hastalık 2. Hayır, ishal hastalık değil 3. Bilmiyorum

24) İshalin sebebi nedir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1.Kirli sular ve yiyecekler 2.Kirli eller 3.Mikroplar 4.Antibiyotik kullanımı

5.Diş çıkarması 6.Enfeksiyon 7.Bilmiyorum 8.Üşütme,nezle, grip

9.Diğer.....(belirtiniz)

25) İshal bulaşıcı mıdır?

1.Evet, ishal bulaşıcı 2. Hayır, ishal bulaşıcı değil(27. soruya geçiniz)

3.Bilmiyorum(27.soruya geçiniz)

26) İshal nasıl bulaşır?

1.Kirli ellerle 2.Tuvaletlerden 3.Havadan 4.Ortak kullanılan eşyalardan

5.Suyla 6.Kirli çocuk beziyle

27) İshal çocukların ölümüne neden olabilir mi?

1.Evet, ishal öldürür 2.Hayır, ishal öldürmez(29. soruya geçiniz)

3.Bilmiyorum(29.soruya geçiniz)

28) İshal çocuğu neden öldürür? 1.Susuzluktan 2.Kusmadan

3.Kanlı ishalden 4.Diğer.....(belirtiniz)

29)Şu an ishal olan çocuğunuz kaç aylık?.....(belirtiniz)

30)Şu an ishal olan çocuğunuzun cinsiyeti: 1.Kız 2.Erkek

31)Çocuğunuz aşağıdaki besinlerden hangilerini alıyor?

	Alıyor	Almıyor
a.Anne sütü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.İnek sütü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.Hazır mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.Ek besin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32)Çocuğun anne sütü alma durumu: 1.Halen alıyor 2.Sütten kesildi 3.Hiç almadı

33) Çocuğunuz kaç ay anne sütü aldı?.....(belirtiniz)

34) Ek besinlere ne zaman geçtiniz?.....(belirtiniz)

35) Çocuğunuz ishal olduğunda anne sütü vermeye devam ettiniz mi?

1.Evet 2.Hayır

36) İshal olan çocuğunuza ne yaptınız?

	Evet	Hayır
1.Hemen doktora getirdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Bol sıvı verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Eczaneden ilaç alıp verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Kahve yedirdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Kola verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Haşlanmış patates verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Pirinç lapası verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Muz verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.ORS verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Yoğurt verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Yumurta sarısı verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Leblebi verdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Diğer.....(belirtiniz)		

37) ORS'nın ne olduğunu biliyor musunuz?

1.Evet, biliyorum 2.Tuz-şeker olarak biliyorum 3.Hayır, bilmiyorum

38) ORS'nı nasıl elde ettiniz?

1.Evde kendim hazırladım.

2.Sağlık kurumu ve çalışanları (doktor, hemşire,ebe) verdi.

3.Çevremdekiler (sağlık çalışanı olmayan anne, kaynana, komşu, arkadaş) verdi.

39) ORS'nı evde kendiniz nasıl hazırladınız? .....(belirtiniz)

40) ORS'nı ne sıklıkla verdiniz?

1.Bitene kadar verdim. 2.Yarım su bardağı kadar verdim. 3.Hiç vermedim.

41) İshal hakkında bildiklerinizi nereden öğrendiniz?

1.Kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete, dergi, internet)

2.Çevresindekilerden (sağlık çalışanı olmayan anne, kaynana, komşu ve arkadaş)

3.Sağlık kurumu veya çalışanları (doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru)

TEŞEKKÜR EDERİZ...



Sayı: B.30.2.ERC.0.20.02.04/ 2012- 782

Tarih: 20/11/2012

Konu:

### HASTANELER BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencilerinden Gülhan TÜRK'ün "0-5 yaşında ishalleri olan annelerin ishal konusundaki bilgi tutum ve davranışları" isimli çalışması 18.09.2012 tarihinde yapılan Akademik Kurul Toplantısı'nda alınan karar gereğince Anabilim Dalımızda sunum yapılmış olup, Çocuk Acil Ünitesi'nde çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Prof. Dr. Tamer GÜNEŞ**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları**  
**Anabilim Dalı Başkanı**

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	0-5 yaşında ishali çocuğu olan annelerin ishal konusundaki bilgi tutum ve davranışları		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Osman Ceyhan		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Osman Ceyhan		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Kayseri		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ			
	ARAŞTIRMA FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>		
	Diğer İse Belirtiniz	<input checked="" type="checkbox"/>	Yüksek Lisans Tezi	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

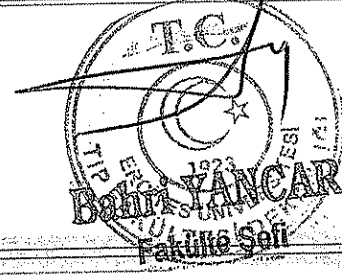
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	<input type="checkbox"/>
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>
	ILAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	

**ASLI GİBİDİR**

**Bahri YANCAR**  
Fakülte Şefi

1923

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GOVENLIK BILDIRIMLERI	<input type="checkbox"/>	ASLI GIBIDIR
	DIGER	<input type="checkbox"/>	



KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012/578	Karar Tarihi : 07.08.2012
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE
-------------------------------------------------------------

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fatih TANRIVERDİ	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan B. ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet A. SOMDAŞ	KBB	Kayseri Eğitim Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALİ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Sükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil Tiyatro Sanatçısı	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

# ÖZGEÇMİŞ

## KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Gülhan TÜRK

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 23 Şubat 1984, Diyarbakır

Medeni Durumu: Bekar

Email: gulh\_turk@hotmail.com

Yazışma Adresi: Eciyes Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Hastanesi 38039  
Melikgazi/KAYSERİ

## EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuiyet Tarihi
Yüksek Lisans	E.Ü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Halen
Lisans	G.Ü. Kırşehir Sağlık Yüksekokulu	2007
Lise	Gaziçiftliği Lisesi, Ankara	2002
Ortaokul	Orhan Cemal Fersoy İlköğretim Okulu, Ankara	1998
İlkokul	Aselsan İlköğretim Okulu, Ankara	1995

## İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
Temmuz 2010- Halen	Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	Hemşire
Mayıs 2009-Temmuz 2010	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	Hemşire
Şubat 2009-Mayıs 2009	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Hemşire
Ekim 2007-Şubat 2009	Özel Güven Hastanesi	Hemşire

## YABANCI DİL

İngilizce